

**UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DE SAÚDE DE LISBOA**

**Caracterização das Estruturas de Qualidade e
Segurança do Doente**

Dissertação de Mestrado apresentada por:

Vanessa Pereira

I CURSO DE MESTRADO EM SEGURANÇA DO DOENTE

Orientador:

Prof. Doutor Paulo Sousa

Coorientador:

Doutora Maria João Lage

Lisboa
Outubro 2012



Caracterização das Estruturas de Qualidade e Segurança do Doente

Vanessa Pereira

“Há, verdadeiramente, duas coisas diferentes: saber e crer que se sabe. A ciência consiste em saber; em crer que se sabe está a ignorância.”

Hipócrates

Agradecimentos

A realização desta dissertação marca o fim de uma importante etapa da minha vida. Gostaria de agradecer a todos aqueles que contribuíram de forma decisiva para a sua concretização.

À Escola Nacional de Saúde Pública manifesto apreço pela possibilidade de realização do presente trabalho e por todos os meios colocados à disposição. Agradeço igualmente a excelência da formação prestada e conhecimentos transmitidos, que foram úteis para esta dissertação, ambicionando que esta dignifique, em última instância a instituição.

Ao orientador Professor Doutor Paulo Sousa a forma como orientou o trabalho. As notas dominantes da sua orientação foram a utilidade das suas recomendações e a disponibilidade e cordialidade com que sempre me recebeu.

À Doutora Maria João Lage, coorientadora, pela disponibilidade, conselhos e sugestões, muito obrigado por tudo.

À Enfermeira-Chefe Susana Ramos pela atenção e dispor que sempre demonstrou.

Por último, manifesto um sentido e profundo reconhecimento aos meus pais, namorado e amigos pelo apoio incondicional. A eles dedico este trabalho e que seja um exemplo que, mesmo em momentos difíceis e controversos, a perseverança alcança os seus frutos. Muito obrigado...

Resumo

Título: “Caracterização das Estruturas de Qualidade e Segurança do Doente”

A segurança dos doentes assume-se, hoje em dia, como prioridade máxima e é um paradigma de qualidade dos cuidados de saúde. Definida como um conjunto de medidas destinadas a melhorar a segurança e a qualidade de prestação de cuidados de saúde, surge a gestão de risco. Assim, um programa de gestão de risco poderá ser definido como um conjunto de procedimentos e de objetivos pré-definidos com o intuito de promover uma cultura de segurança no seio das organizações de saúde.

A nível nacional, no processo de busca da excelência, é necessário estabelecer exigências que formalizem os mecanismos que as instituições de saúde e os seus profissionais terão que utilizar para assegurar que os cuidados de saúde que prestam aos cidadãos, respondem aos critérios da qualidade definidos pelo Departamento da Qualidade na Saúde.

Tornou-se, então, pertinente verificar as estratégias que existem sobre a gestão de risco, a nível nacional, e por outro lado, como é que as unidades de saúde têm estruturada esta área nas suas organizações. Como tal, com este estudo pretendeu-se caracterizar as Estruturas de Qualidade e Segurança do Doente, tendo como população as unidades de saúde da região de Lisboa e Vale do Tejo. Foi utilizada uma abordagem metodológica do tipo observacional descritiva, que integrou a aplicação de um questionário.

De forma geral, foi possível concluir que todas as unidades de saúde (N=7) afirmam ter implementada a gestão do risco, no entanto há unidades que não fazem a avaliação e identificação do risco (N=4) e a maioria não realizam auditorias clínicas regularmente (N=5). Considera-se que estes resultados podem contribuir para a criação de oportunidades para as organizações e para os profissionais, com o objetivo de melhorar a prestação de cuidados, com consequente melhoria na segurança do doente.

Palavras-Chave: gestão de risco, governação clínica, qualidade em saúde, segurança do doente.

Abstract

Title: "Structures characterization of Quality and Patient Safety"

Patient safety is, nowadays, a top priority and a paradigm of quality health care. Risk management is defined as a set of measures to improve the safety and quality of health care delivery. Thus, a risk management program can be defined as a set of predefined objectives and procedures with the aim of promoting a safety culture within healthcare organizations.

At national level, in the pursuit of excellence is necessary to establish requirements that formal mechanisms that health care institutions and professionals will have to use to ensure that the health care they provide to citizens, respond to criteria of quality defined by "Departamento da Qualidade na Saúde".

Then became relevant to check the strategies that exist on the risk management at national level, and on the other hand, how the health units have structured this area in their organizations. As such, this study was to characterize the structures of quality and patient safety, having, as population, health units in the region of Lisboa e Vale do Tejo. Was used a methodological approach of observational descriptive type, which included the application of a questionnaire.

In general, it was possible to conclude that all health units (N = 7) claim to have implemented risk management, however there are units that do not make the assessment and identification of risk (N = 4), most do not perform regular clinical audits (N = 5). Considers that these results may contribute to the creation of opportunities for organizations and for professionals, with the objective of improving the provision of care, with subsequent improvement in patient safety

Keywords: risk management, clinical governance, health quality, patient safety.

Índice

Índice de Gráficos	8
Índice de Figuras.....	10
Abreviaturas	11
Introdução	12
I – Enquadramento Teórico	14
1. Segurança do Doente.....	15
2. Qualidade em Saúde	18
2.1. A melhoria contínua da qualidade.....	19
2.2. A avaliação da qualidade.....	20
2.3. Acreditação.....	23
Processo de Acreditação pela Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia	25
3. Qualidade e Política de Saúde em Portugal	27
3.1. Estratégias para a qualidade na saúde.....	28
3.2. Governação Clínica	31
3.3. Gestão de risco	32
3.3.1. Modelos de gestão de risco.....	35
II –Metodologia.....	40
4. Objetivos da investigação	41
5. Tipo de estudo	41
5.1. População e amostra.....	41
5.2. Instrumentos de recolha de dados.....	42
5.3. Análise de dados.....	43
6. Apresentação de resultados	44
6.1. Limitações do Estudo e Implicações.....	62
7. Discussão de resultados	63
8. Conclusões.....	67
9. Bibliografia.....	69
III –Anexos	74
Anexo 1 – Pedidos de autorização para o Conselho de Administração	75
Anexo 2 – Questionário	76

Índice de Gráficos

GRÁFICO 1: IDENTIFICAÇÃO PESSOAL COM BASE NA CATEGORIA PROFISSIONAL/CARGO DE QUEM PREENCHEU O QUESTIONÁRIO.....	44
GRÁFICO 2: PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE.....	45
GRÁFICO 3: A UNIDADE DE SAÚDE PARTICIPA EM PROGRAMAS DE CERTIFICAÇÃO COMO A ISO 9000.....	45
GRÁFICO 4: A UNIDADE DE SAÚDE PARTICIPA NO INTERNATIONAL QUALITY INDICATOR PROJECT.	45
GRÁFICO 5: A GESTÃO DE RISCO ESTÁ IMPLEMENTADA NA UNIDADE DE SAÚDE.....	46
GRÁFICO 6: DENOMINAÇÃO DA ENTIDADE QUE DESENVOLVE A GESTÃO DO RISCO.	46
GRÁFICO 7: ENTIDADE SUJEITA A NOMEAÇÃO PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO.....	47
GRÁFICO 8: POSICIONAMENTO DA ÁREA RESPONSÁVEL PELA COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE GESTÃO DE RISCO, NA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DO HOSPITAL.	47
GRÁFICO 9: A INSTITUIÇÃO POSSUI UMA ESTRUTURA/INSTALAÇÃO PRÓPRIA PARA O GRUPO DA GESTÃO DE RISCO.....	48
GRÁFICO 10: EXISTEM EQUIPAMENTOS ADEQUADOS AO TRABALHO.	48
GRÁFICO 11: PROGRAMA INFORMÁTICO ESPECÍFICO PARA A GESTÃO DE RISCO.	48
GRÁFICO 12: ESTRATÉGIA/PLANO DE AÇÃO DATADA E DOCUMENTADA PARA A GESTÃO DO RISCO, ELABORADA COM BASE NOS OBJETIVOS DA ORGANIZAÇÃO.	49
GRÁFICO 13: A ESTRATÉGIA DA GESTÃO DE RISCO É COMUNICADA A TODO O PESSOAL.....	49
GRÁFICO 14: FORMA DE COMUNICAÇÃO DA ESTRATÉGIA DA GESTÃO DE RISCO.	50
GRÁFICO 15: GRÁFICO 15: ARTICULAÇÃO ENTRE A GESTÃO DE RISCO E OUTRAS ENTIDADES.....	50
GRÁFICO 16: FORMA DE ARTICULAÇÃO ENTRE A GESTÃO DE RISCO E AS VÁRIAS ENTIDADES.....	51
GRÁFICO 17: NA GESTÃO DE RISCO EXISTE UMA EQUIPA MULTIPROFISSIONAL.	51
GRÁFICO 18: NÚMERO DE ELEMENTOS, AGRUPADO EM CLASSES, QUE A EQUIPA DA GESTÃO DE RISCO POSSUI.	52
GRÁFICO 19: GRUPO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA GESTÃO DE RISCO.....	52
GRÁFICO 20: TEMPO DE TRABALHO (PARCIAL OU INTEIRO), DISTRIBUÍDOS PELOS GRUPOS DE TRABALHO.	53
GRÁFICO 21: EQUIPA QUE INTEGRA A GESTÃO DE RISCO POSSUI FORMAÇÃO.	53
GRÁFICO 22: REUNIÕES DE EQUIPA POR ANO, EM MÉDIA.....	54
GRÁFICO 23: AS REUNIÕES DA GESTÃO DE RISCO SÃO DOCUMENTADAS.	54
GRÁFICO 24: ARTICULAÇÃO ENTRE A GESTÃO DE RISCO E OS VÁRIOS SERVIÇOS CLÍNICOS DA UNIDADE.	54
GRÁFICO 25: FORMA COMO É REALIZADA A ARTICULAÇÃO ENTRE A GESTÃO DE RISCO E OS DIVERSOS SERVIÇOS CLÍNICOS.	55
GRÁFICO 26: PROGRAMA DE IDENTIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DO RISCO EXISTENTE EM CADA SERVIÇO.....	55
GRÁFICO 27: RESULTADOS DO PROGRAMA DE IDENTIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DO RISCO SÃO DOCUMENTADOS.	56
GRÁFICO 28: EXISTE UM SISTEMA DE RELATO DE INCIDENTES NA UNIDADE DE SAÚDE.....	56
GRÁFICO 29: EXISTÊNCIA DE UMA POLÍTICA E UM PROCEDIMENTO EM QUE É ESPECIFICADO DE QUE FORMA OS INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS E QUASE-INCIDENTES SÃO RELATADOS, GERIDOS E INVESTIGADOS... 56	56

GRÁFICO 30: MECANISMO DE RELATAR OS INCIDENTES: IMPRESSO PRÓPRIO PARA RELATOS DE INCIDENTES OU INFORMATICAMENTE.....	57
GRÁFICO 31: CONFIDENCIALIDADE DO RELATO EM RELAÇÃO AO PROFISSIONAL DE SAÚDE.....	57
GRÁFICO 32: PRODUÇÃO DE RELATÓRIOS PARA ANÁLISE E ELABORAÇÃO DE RECOMENDAÇÃO, RELATIVAMENTE A INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS E QUASE-INCIDENTES.....	58
GRÁFICO 33: RELATÓRIOS REFERENTES À ANÁLISE E ELABORAÇÃO DE RECOMENDAÇÕES RELATIVAMENTE AOS INCIDENTES, SÃO DIVULGADOS AO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO.....	58
GRÁFICO 34: RESPONSÁVEL POR INVESTIGAR O INCIDENTE CLÍNICO.....	58
GRÁFICO 35: RELATÓRIO ANUAL QUA ABRANGE TODOS OS ASPECTOS DA GESTÃO DE RISCO.....	59
GRÁFICO 36: FORMAÇÃO SOBRE O PAPEL QUE DEVE SER DESEMPENHADO POR CADA UM NA PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DAS INSTALAÇÕES E DOS CUIDADOS PRESTADOS AOS DOENTES.	59
GRÁFICO 37: SÃO REALIZADAS REGULARMENTE AUDITORIAS CLÍNICAS.	60
GRÁFICO 38: DISCUSSÃO EM CONTEXTO DE GRUPO DE TRABALHO DOS RELATÓRIOS DAS AUDITORIAS.	60
GRÁFICO 39: MONITORIZAÇÃO DE INDICADORES DE QUALIDADE E DE SEGURANÇA CLÍNICOS.....	60
GRÁFICO 40: GRAU DE IMPORTÂNCIA DE FACTORES ESSENCIAIS PARA O SUCESSO DO PROGRAMA DE GESTÃO DE RISCO.....	61
GRÁFICO 41: OPINIÃO PESSOAL RELATIVAMENTE AO AMBIENTE DE TRABALHO EM TERMOS DE SEGURANÇA PARA O DOENTE.	61

Índice de Figuras

FIGURA 1: COMPONENTES DA GOVERNAÇÃO CLÍNICA (ADAPTADO DE STAREY, 2003).....	32
FIGURA 2: ADAPTADO DE POCKET GUIDE TO CLINICAL RISK MANAGEMENT (2005).	35
FIGURA 3: ADAPTADO DE AS/NZS 4360:2004 RISK MANAGEMENT STANDARDS.	37
FIGURA 4: MODELO DE RISCO DO “QUEIJO SUÍÇO” POR JAMES REASON (ADAPTADO DE REASON, 2000).....	38

Abreviaturas

ACSA – Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia

CHKS – *Caspe Healthcare Knowledge Systems*

CISD – Classificação Internacional de Segurança do Doente

HQS – *Health Quality Service*

IPQ – Instituto Português da Qualidade

ISO – *International Standards Organization*

JCI – *Joint Commission International*

NHS – *National Health Service*

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

TQM – *Total Quality Management*

Introdução

A qualidade, designada como elemento fulcral na reforma do sistema nacional de saúde constitui, uma referência indispensável em qualquer estudo organizacional na área da saúde. A preocupação com a promoção da qualidade nos serviços de saúde é uma realidade em qualquer contexto socioeconómico. Os países desenvolvidos pretendem cada vez mais antecipar mudanças e obter resultados face às expectativas dos utentes, enquanto os países em vias de desenvolvimento mantêm-se orientados para otimizar os recursos e garantir a acessibilidade aos cuidados de saúde (WHO, 2006).

Em Portugal, desde os finais dos anos 80, que se vem assistindo a um claro desenvolvimento nesta área, mas só na viragem do novo século a Qualidade na Saúde, enquadrada na elaboração e definição de uma estratégia de “A Saúde, um compromisso – Estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002)”, foi assumida como uma das suas orientações estratégicas fundamentais (Eiriz, Figueiredo, 2004). Desta forma, surgem a definição e assunção de uma Política da Qualidade na Saúde, como indissociável da Política de Saúde, a conceção e definição do Sistema da Qualidade na Saúde; a criação do Conselho Nacional da Qualidade na Saúde e do Instituto da Qualidade na Saúde (Biscaia, 2006). O desenvolvimento de diversos projetos e programas de melhoria da qualidade e de metodologias para o seu reconhecimento formal, dos quais se destaca, o modelo de auto-avaliação da qualidade na gestão, desenvolvido em parceria com a Associação Portuguesa para a Qualidade, baseado no modelo da *European Foundation for Quality Management* (EFQM) (Biscaia, 2006). A avaliação do grau de satisfação dos utentes e profissionais, através de questionários desenvolvidos e/ou validados para a realidade portuguesa, a medição de estados de saúde, a elaboração de Linhas de Orientação Clínica, com a participação das sociedades científicas, a apresentação de diversos Projetos de Melhoria Contínua, baseados na avaliação interpares e, ainda, o desenvolvimento das metodologias de acreditação em saúde (Biscaia, 2006).

Atualmente, o Plano Nacional de Saúde (PNS) prevê as estratégias em termos de gestão de qualidade 2004-2010 e identifica como principais problemas, face à situação atual, a escassa cultura de qualidade, o défice organizacional dos serviços de saúde, a falta de indicadores de desempenho e de apoio à decisão e o insuficiente apoio estruturado às áreas de diagnóstico e decisão terapêutica (Ministério da Saúde, 2004).

Nesta linha de percurso da qualidade na saúde surge igualmente o conceito de *Clinical Governance*, surgindo em 1997 no Reino Unido, como uma das ideias centrais do Relatório *The new NHS: modern, dependable* produzido pelo Governo Britânico, com o objetivo de

modernizar o *National Health Service (NHS)* e promover a melhoria da Qualidade (Department of Health, NHS, 1997). Em Portugal o termo foi adotado como Governança Clínica, numa primeira publicação em 2006, surgindo como o enquadramento segundo o qual as organizações de saúde são responsáveis pela melhoria contínua dos seus serviços, através da criação de um ambiente que promova a excelência (Dewar, 2000).

Perante todos os aspetos acima referidos, quando se pensa na prestação de cuidados de saúde, é inevitável pensar na qualidade e nos riscos que se lhe associam. Torna-se assim fulcral a questão da segurança do doente quando este acorre à aquisição de um determinado serviço de saúde (Fragata, Martins, 2004; Sousa, 2006), sendo assim a segurança é uma das principais dimensões da qualidade e a gestão de risco um instrumento para a sua garantia.

A finalidade deste estudo é caracterizar as estruturas de qualidade e segurança do doente, existentes nos hospitais públicos da região de Lisboa e Vale do Tejo, e a sua intervenção efetiva na promoção da qualidade dos cuidados prestados. Neste sentido, é importante perceber o que as entidades competentes definem para os hospitais: quais as indicações para a estrutura e para a atividade, de que maneira é realizada a monitorização de resultados e na prática o que está a ser concretizado nas unidades de saúde.

A estruturação do trabalho compreende: a concetualização teórica (assente em três áreas temáticas: Segurança do doente, Qualidade em saúde e Política de Qualidade); o desenho metodológico da investigação; a apresentação de resultados e discussão dos mesmos e as principais conclusões.

I – Enquadramento Teórico

1. Segurança do Doente

“As organizações de saúde devem desenvolver uma cultura de segurança estruturando e focalizando os seus processos de trabalho e recursos humanos na melhoria da fiabilidade e segurança dos cuidados prestados aos seus doentes
(Relatório “*To Err is Human*”)

A questão da segurança dos doentes foi levantada, com ênfase nos erros clínicos e nas suas consequências, dado o impacto que os erros clínicos representam para os doentes e para a sociedade. A problemática do erro em saúde surge, à escala mundial, quando o *Institute of Medicine* (2000) publica o livro “*To err is human: building a safer health system*” que colocou no centro da política dos sistemas de saúde a questão da segurança dos doentes. Com o lançamento de dados do *Harvard Medical Practice Study* (Brennan et al., 1991; Leape et al., 1991), os autores deste relatório calcularam que nos EUA poderiam morrer anualmente entre 44.000 e 98.000 doentes devido a erros médicos, traduzindo esta realidade através da chocante metáfora que estas perdas humanas seriam equivalentes a um avião Boeing 747 a despenhar-se diariamente na América.

O despertar para o problema e o pouco conhecimento do mesmo tem motivado um crescente número de trabalhos publicados nesta área, sendo considerada por muitos peritos como uma nova ciência; a própria Organização Mundial de Saúde (OMS), com o apoio dos países mais desenvolvidos e algumas organizações de referência, tem reunido esforços no sentido de definir metas de segurança à escala global, incluindo a uniformização da taxonomia e de conceitos para que seja possível o *benchmarking* entre países e instituições de saúde (Fragata, 2011).

A OMS promove, em 2004, a *World Alliance for Patient Safety*, contando com vários parceiros, incluindo a *Joint Commission International* (JCI), que se uniram para promover o objetivo da segurança do doente com o lema “*First do no harm*”, e reduzir as consequências dos cuidados de saúde não seguros. A sua criação sublinhou a importância da segurança do doente como um problema de saúde global, e o seu programa lançado em 2005 (World Alliance for Patient Safety, 2005), visa coordenar, divulgar e acelerar as melhorias na segurança dos doentes no mundo inteiro. À luz deste programa da OMS, destaca-se a implementação pelo mundo das metas internacionais para a segurança do doente e a recente Classificação Internacional de Segurança do Doente (CISD), publicada em 2009 (WHO, 2009), cujo marco conceptual tem por objetivo representar um ciclo de aprendizagem

e melhoria contínua, focando a identificação, a prevenção, a deteção e a redução de riscos, a recuperação dos incidentes e a resiliência do sistema. Por outro lado, visa também o método de análise, linguagem, as definições e os conceitos, com base na convergência de percepções internacionais das questões-chave para a segurança do doente, permitindo, no futuro, uma comparação justa entre as instituições e os países. Assim, a CISD fornece um modelo estruturante para organizar a informação a ser utilizada para vários fins, incluindo estatísticas nacionais, estudos descritivos e pesquisas avaliativas (WHO, 2009).

Assim, conclui-se que a segurança do doente tem vindo a adquirir uma importância crescente, constituindo atualmente uma das prioridades da União Europeia na área da saúde (SIMPATIE Project, 2007). Sendo a segurança do doente reconhecida como um elemento essencial na área da qualidade dos cuidados de saúde, deve basear-se na prevenção e análise da informação de retorno dos vários sistemas de notificação, bem como no programa de melhoria contínua da qualidade. No entanto, de acordo com França (2008), não existe evidência acerca da frequência e causas da insegurança na prestação dos cuidados, que seria imprescindível para avaliação dos potenciais danos e soluções possíveis. Acresce que a melhoria da qualidade e segurança do doente são o resultado de uma variedade de atividades continuadas no tempo que exigem métodos sistemáticos de avaliação (França, 2008).

Sendo a prestação de cuidados uma atividade complexa, incerta no resultado, com potencial de causar danos colaterais nos doentes, os hospitais portugueses têm vindo a desenvolver vários projetos na área da qualidade e segurança dos doentes (Ministério da Saúde. ARSLVT, 2009). Destacando-se assim a Campanha Nacional de Higiene das Mãos, o Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Anti-microbianos, o Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde, o Programa Nacional para Notificação de Incidentes e Eventos Adversos, entre outros.

Assim, a formação na área da segurança do doente é essencial em vários domínios, principalmente na investigação de incidentes e na produção de cuidados seguros, requerendo um conjunto de competências para o seu desenvolvimento. As dificuldades habituais em contexto hospitalar em conjunto com a complexidade e a dinâmica das equipas de saúde e das organizações, estão relacionadas com a ocorrência de incidentes complexos que interagem em múltiplos processos e grupos profissionais, não se sabendo por vezes por onde começar a análise de causas ou inclusive definir os problemas e correlacioná-los com os processos. Esta situação pode ser ultrapassada pelo uso da simulação como meio de treino e de avaliação de habilitações médicas. A aprendizagem pode decorrer de forma mais

segura, mais rápida e mais adaptada ao trabalho de equipa e à necessidade de repetição de tarefas complexas (Fragata, 2011; Lage, 2010).

Mas esta formação só dará resultados positivos se estiver incutida uma cultura de segurança nos profissionais, sendo que esta cultura reúne os valores, as crenças e os comportamentos partilhados por todo um grupo de pessoas, que fazem com que o elemento mais importante para a segurança (os profissionais) se comporte adequadamente num sistema corretamente desenhado, com apoio organizacional, processual e informático adequado (Fragata, 2011). Esta cultura de segurança, tal como sugerido por Lucian Leape (Leape, 2009) terá de estar alicerçada nos seguintes pilares: cultura justa (as pessoas não são punidas pelos seus erros mas as violações não são toleradas), cultura de reportar (as pessoas deverão falar e reportar os erros sem receio de culpa ou punição) e a cultura de permanente aprendizagem onde os erros são conhecidos, investigados e as soluções encontradas e implementadas, sendo posteriormente controladas nos seus efeitos.

2. Qualidade em Saúde

“A qualidade não acontece por acidente, é sempre o resultado de um esforço inteligente”.(Jonh Ruskin, citado por Pisco, 2004)

A qualidade, designada como elemento fulcral da reforma do sistema nacional de saúde constitui uma referência indispensável em qualquer estudo organizacional na área da saúde (Coelho, 2006). Atualmente todos os serviços de saúde devem ser orientados por um modelo de Qualidade que garanta a sua eficiência e eficácia e como são cada vez mais rigorosos e exigentes, é necessária a antecipação, ação e apropriação de métodos de trabalho (Pereira, 1995).

A qualidade em saúde é definida, segundo Pisco (2011), em concordância com as variáveis consideradas mais relevantes para os diversos atores: para os utentes (acessibilidade, amabilidade, melhoria do estado de saúde), para os prestadores (capacidades técnicas e obtenção de resultados clínicos) e para os gestores (eficiência, obtenção dos resultados desejados, rentabilização dos investimentos), tornando as questões relacionadas com a qualidade de prestação de cuidados de saúde delicadas e complexas. A qualidade em saúde surge assim, como uma exigência de todos os envolvidos nos cuidados de saúde e é vista como um atributo essencial para o sucesso das organizações.

Definem-se alguns traços históricos que delineiam a evolução do conceito de qualidade tal como é conhecido no presente. Segundo Cabral et al. (2001), ainda nos anos trinta a palavra-chave era “Inspeção”, examinava-se o produto final sem a existência de conhecimento especializado. Entre os anos trinta e cinquenta define-se o “Controlo”, com a criação de padrões, monitorização do processo, análise de desvios e implementação de medidas corretivas. A partir dos anos cinquenta até aos oitenta começa-se a falar de “Garantia”, o controlo total faz parte do sistema de planeamento e controlo passando a qualidade a ser vista como um problema comum da organização que abrange todas as áreas. No final do século XX prevalece a filosofia de “Gestão”, com a Gestão da Qualidade Total (*Total Quality Management* - TQM), a centralização na melhoria contínua, na mudança profunda, na inovação e na meta dos zeros defeitos. Nesta fase surgem autores tão importantes como Deming, Juran, Ishikawa, ou Crosby, principal propulsor da TQM. Atualmente vive-se o marco da “Sustentabilidade”, em que a qualidade é um suporte que

garante o sucesso económico, social e ambiental e permite atingir a excelência e o desenvolvimento sustentável.

A conceptualização propriamente dita da qualidade em saúde ganha consistência em meados dos anos 60 com Donabedian, associada desde início à inexistência de uma unanimidade na sua definição e à criação do modelo de avaliação da qualidade assente na tríade: estrutura, processo e resultados (Donabedian, 1966 – cit. Sousa et al. 2008). Inclui-se na primeira, o conjunto de condições para que a prestação de cuidados possa ter qualidade (as infra-estruturas, os recursos humanos e materiais e a organização). No processo estão incluídos todos os procedimentos de natureza clínica e social que interagem direta ou indiretamente com o doente, ou seja, o modo como os cuidados são efetivamente prestados. Os resultados traduzem o impacto que as condições e os processos têm na vida dos doentes: a cura, a reabilitação, a satisfação, as sequelas, as deficiências, a insatisfação e a morte. (Campos, 2009)

A partir da década de 80 a qualidade em saúde focalizou-se nos aspectos organizacionais e nos processos de gestão que as abordagens precedentes não consideravam (Giarelli, 2002). Em 1990, o *Institute of Medicine* definia qualidade em saúde como “o grau em que os serviços de saúde para os indivíduos e populações aumentam a probabilidade de se atingirem os resultados de saúde desejados de acordo com o conhecimento profissional corrente” (IoM, 1990). É portanto, na década de 90, que a visão do doente passa a ser considerada essencial a par da perspectiva técnica e organizacional. Instrumentos como questionários, análise de queixas e reclamações dos doentes, representam as estratégias possíveis de identificar a qualidade percebida pelos consumidores dos serviços de saúde (Serapioni, 2009).

2.1. A melhoria contínua da qualidade

A mudança é permanente, busca-se incessantemente a melhoria da qualidade, no entanto Kirkbridge (1998) citado por Leitão (2005) considera que esta situação de mudança contínua não pode configurar a ausência de planeamento, sob a pena de perder consistência e direção. Efetivamente, a necessidade de mudança, impulsionada por pressões de envolvente externa para melhorar a qualidade, não poderá em si só desencadear um processo de mudança se não devidamente enquadrada num processo de planeamento que defina os objetivos e as ações necessárias para os atingir em termos de qualidade.

No espectro cultural europeu, Deming (1986) citado por Lopes e Capricho (2007), foi dos teóricos da qualidade que mais deu importância ao processo de melhoria contínua tendo criado o ciclo de PDCA. Sendo que qualquer melhoria deve começar por ser planeada (Plan); formulando um plano de ação para melhorar o desempenho e implementá-lo (Do); verificando se o plano foi devidamente implementado (Check); e após a avaliação da mudança que pode ser positiva ou negativa, é necessário atuar (Act).

Como já foi dito anteriormente, no final do século XX prevalece a filosofia de Gestão, como a TQM, e com isso a centralização na melhoria contínua, na mudança profunda, na inovação e na meta dos zeros defeitos. A TQM enquanto modelo fornece um conjunto de práticas e métodos que podem funcionar em todos os níveis e áreas de gestão, permitindo institucionalizar o *feedback* e a avaliação, de forma permanente e integrada, ao longo de todo o ciclo de atividades da organização (Lopes e Caprinho, 2007). Bank (1998) refere que a qualidade integra a possibilidade de obter “zero defeitos”, nesta concepção surge a imagem de perfeição e com ela a meta de uma melhoria contínua. Nesta óptica os conceitos TQM e Excelência fundem-se.

Para Moores (1996) e Koch (1991) a TQM prende-se com a satisfação dos clientes ao mais baixo custo, colocando uma ênfase especial nas pessoas, na sua formação e no seu envolvimento total com os objetivos da organização.

No atual contexto, da globalização, face às exigências dos utentes e à emancipada concorrência dos serviços privados de saúde, é importante que as organizações para poderem ter sucesso sejam capazes de acrescentar valor naquilo que produzem e que apostem no melhor desempenho. É importante, pois, que se aposte numa gestão de mudança, onde os principais vetores são os serviços e os recursos humanos (Lopes e Capricho, 2007).

Devido ao paradigma de que a qualidade em saúde deve ser definida, medida e comparada, sendo os seus resultados passíveis de divulgação pública, torna-se pertinente abordar o tema de avaliação da qualidade, que tem despertado um interesse crescente não só a nível dos decisores políticos e das administrações, mas também no seio dos profissionais de saúde e dos próprios utentes.

2.2. A avaliação da qualidade

Sem medir a qualidade é impossível afirmar que esta realmente existe e, sobretudo, que está a melhorar. É possível medir a qualidade em qualquer área, sendo que esta medição

alerta para os principais problemas, permitindo elaborar ações corretivas. A origem dos problemas da qualidade pode estar relacionada com desvios nas especificações, nos procedimentos, entre outros (Mezomo, 2011).

Existe atualmente um conjunto alargado de mecanismos de avaliação, interna e externa, de auditoria e de *benchmarking*, que permitem conhecer e comparar diferentes prestadores, planos de saúde, populações, regiões, países, ou estratégias terapêuticas, tendo com referência uma norma, a melhor evidência disponível ou uma prática de excelência (Øvretveit, 2001; Sousa, 2010). À semelhança do que se passa internacionalmente, as questões relacionadas com a avaliação, garantia e melhoria contínua da qualidade no sistema de saúde, nas esferas público, privado e social, têm vindo a assumir cada vez maior relevância no nosso país, passando a constar na agenda política nacional, pelo menos de uma forma mais visível, a partir de finais da década de 90 (Sousa et al., 2008).

O desenvolvimento da avaliação qualitativa deu-se, inicialmente, devido ao impulso da procura do controlo sobre as más práticas clínicas (Pisco e Biscaia, 2001) e posteriormente, para dar resposta à pressão no controlo da sociedade sobre os gastos em saúde (Reis et al., 1990).

De acordo com as teses de vários autores, dos fatores que ativaram a problemática da avaliação da qualidade em saúde, destacam-se i) as preocupações com as questões económicas e de eficiência; ii) o desenvolvimento de novas orientações políticas, centradas na exigência de responsabilidade perante a sociedade (*accountability*); iii) a pressão por parte dos doentes/utentes, cada vez mais informados e exigentes; iv) o peso dos *media* que têm vindo a dedicar particular atenção às questões dos eventos adversos; v) o desenvolvimento de novos conhecimentos na área tecnológica e biomédica com reflexos diretos na prestação de cuidados de saúde; vi) o crescente interesse na medição dos resultados clínicos e do grau de satisfação dos doentes (Marshall; Davies, 2001; Cheng, Song, 2004; Larsson et al. 2005 – citado por Sousa, 2010)

Como já foi referido, Donabedian (1991), foi um dos protagonistas na definição e operacionalização do conceito de qualidade em saúde e teve como principal contributo a criação do modelo de avaliação da qualidade assente na tríade constituída pelas componentes estrutura, processo e resultados. No entanto para Donabedian, estas três dimensões não são atributos da qualidade, representam antes tipos de informação organizacional através dos quais se pode inferir sobre o desempenho geral do sistema de qualidade e das ações desenvolvidas pelas organizações de saúde. A componente **estrutura** é caracterizada por aspectos relativamente estáveis como as instalações da organização de saúde, os equipamentos, os profissionais e os recursos que têm ao seu

alcance, os locais e o modelo de organização do trabalho. O **processo** diz respeito à efetivação da prestação de cuidados, conjunto de atividades que os profissionais realizam para os utentes, bem como as respostas destes, e inclui as atividades de decisão ao nível diagnóstico, terapêutico e as ações preventivas. Os **resultados** referem-se tanto aos níveis de saúde como à satisfação dos utentes/doentes (Sousa et al., 2008).

No início da década de 90, atendendo à gestão da qualidade, Robert Maxwell estruturou um modelo multidimensional de avaliação da qualidade que permitiu medir aspetos objetivos da qualidade (Fragata, 2006; Sousa, 2010). O autor baseia-se em seis facetas distintas da qualidade: i) efetividade; ii) eficiência; iii) aceitabilidade/qualidade na perspetiva do doente (qualidade percebida); iv) acessibilidade; v) equidade; vi) segurança. A definição deste modelo veio permitir avaliar a qualidade quer a um nível específico (quando se analisa uma das dimensões) quer numa perspetiva mais global (quando se analisam duas ou mais dimensões em simultâneo) (Sousa, 2010). Com este modelo a qualidade não é avaliada exclusivamente em termos técnicos ou da prestação específica de cuidados, mas por um conjunto de fatores que envolvem elementos individuais e coletivos, logo o modelo de Maxwell fornece perspetivas mais concretas para a definição, medição e melhoria da qualidade.

No contexto atual de medição da qualidade em saúde, a avaliação é relevante para: i) as organizações de saúde, na procura da melhoria contínua e face à melhoria dos resultados económicos (Milutinovic et al. 2009); ii) os profissionais, na prestação dos melhores cuidados e na responsabilização contínua; iii) os doentes, na procura de melhores cuidados possíveis (Donabedian, 1997).

Um pouco por todo o mundo, a avaliação interna e externa dos cuidados de saúde tem sido utilizada numa lógica de regulação, melhoria e promoção da prestação de cuidados de saúde. Existe uma série de modelos de avaliação externa onde se destacam a acreditação, auditorias clínicas, certificação pelas normas da *International Standards Organization* (ISO), entre outros. Todos estes modelos têm como denominador comum a introdução de melhorias orientadas numa lógica de *accountability*, efetividade clínica, análise de resultados e segurança dos doentes (Catsambas et al., 2002). Irá ser destacado o modelo de avaliação externa acreditação, visto ter sido criado, pelo Ministério da Saúde, um programa nacional de acreditação, o que mostra existir uma preocupação crescente com a avaliação da qualidade dos serviços prestadores de cuidados de saúde.

2.3. Acreditação

Sendo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados ao cidadão um elemento central da estratégia da qualidade que se tem vindo a desenvolver no Serviço Nacional de Saúde (SNS), o Ministério da Saúde decidiu criar o Departamento da Qualidade na Saúde, no âmbito da Direção-Geral da Saúde, assumindo o papel central de coordenador na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e tendo como uma das suas principais incumbências o dever de criar um programa nacional de acreditação em saúde, baseado num modelo sustentável e adaptável às características do sistema de saúde português, com o objetivo de garantir o reconhecimento da qualidade dos serviços prestadores de cuidados de saúde. (Ministério da Saúde, 2011). A acreditação de unidades de saúde surge assim como uma metodologia de trabalho destinada a favorecer e impulsionar esses processos de melhoria contínua, de forma transversal e integrando todos os elementos do sistema (Manual de acreditação, 2011).

A acreditação é um processo, normalmente de adesão voluntária, através do qual uma entidade, independente e distinta da instituição de saúde, normalmente de carácter não-governamental, avalia a instituição de saúde para determinar se esta obedece a um determinado conjunto de requisitos (padrões), concebidos para conseguir melhorias na segurança e na qualidade da prestação de cuidados. Os padrões definidos para a atribuição da acreditação são, geralmente, considerados ideais e concretizáveis. A acreditação proporciona às instituições abrangidas um clima de empenho visível no sentido da melhoria da segurança e da qualidade dos cuidados prestados aos doentes, garante-lhes um ambiente de prestação de cuidados seguro, e incentiva-as a trabalharem de forma sistemática no sentido da redução dos riscos aos quais estão expostos os doentes e o pessoal. A acreditação conquistou atenções a nível mundial por se tratar de uma ferramenta eficaz de gestão e avaliação da qualidade (Joint Commission International, 2008).

O processo de acreditação foi concebido para criar uma cultura de segurança e qualidade no interior de instituições que pugnam continuamente pela melhoria dos seus procedimentos de prestação de cuidados e dos resultados obtidos. Ao procederem desta forma, as instituições:

- Aumentam a confiança da população de que a instituição se preocupa com a segurança dos doentes e a qualidade dos cuidados;
- Proporcionam um ambiente de trabalho seguro e eficiente que contribui para a melhoria dos níveis de satisfação dos trabalhadores;
- Negociam com as instituições que pagam os cuidados, disponibilizando dados sobre a qualidade dos cuidados;

- Auscultam os doentes e suas famílias, respeitam os seus direitos, e envolvem-nos nos processos de prestação de cuidados como parceiros;
- Criam uma cultura permeável a aprender com os relatórios realizados regularmente sobre eventos adversos e questões de segurança;
- Estabelecem um estilo de liderança colaboradora que define prioridades e uma liderança contínua, que pugna pela qualidade e pela segurança dos doentes a todos os níveis (Joint Commission International, 2008).

Modelo de acreditação da CHKS (*Caspe Healthcare Knowledge Systems*)

O processo de acreditação conhecido em Portugal como a “acreditação pelo *King’s Fund*” começou, de facto, por ser uma atividade do *King’s Fund*, uma fundação inglesa sem fins lucrativos que trabalhava para melhorar a saúde das populações, sobretudo em Londres. Designado inicialmente de *King’s Fund Organisational Audit*, este serviço mudou de nome em 1998, para *Health Quality Service* (HQS), e tornou-se entretanto (em 2000) uma fundação independente, dedicada a apoiar prestadores de cuidados a melhorar a qualidade dos mesmos, através de avaliação independente e acreditação (Boto et al., 2008). Mais recentemente (em 2005), o HQS tornou-se parte da CHKS (*Caspe Healthcare Knowledge Systems*), em particular pela sua *Health Accreditation and Quality Unit* (HAQU).

Em termos de conteúdo, o processo de acreditação cobre atualmente um conjunto vasto de áreas, disponíveis no *site* da organização. Os aspetos avaliados em cada área são sobretudo estruturais e processuais; na área da gestão do risco, por exemplo, investigam-se a existência de estruturas organizacionais específicas, documentos estratégicos atuais, comités e atas de reuniões, programas em curso, registos e sistemas. Aspectos que cabem fundamentalmente na definição de estrutura proposta por Donabedian.

Modelo de acreditação pela *Joint Commission International*

A JCI foi criada tendo em conta a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de saúde na comunidade internacional. A JCI é uma entidade subsidiária da organização, com sede nos EUA, e ambas são organizações não-governamentais e sem fins lucrativos. Acredita e certifica mais de 19000 organizações e programas de saúde nos EUA. Em 2009, existiam cerca de 300 instituições acreditadas pela JCI em todo o mundo, das quais duas são portuguesas. Sendo o seu modelo suportado por um manual de padrões da qualidade com critérios explícitos de boas práticas, desenvolvidos e aprovados por peritos

internacionais da área da saúde, a título de exemplo, a edição de 2011 do manual de padrões de acreditação da JCI para hospitais apresenta padrões centrados no doente (como por exemplo metas internacionais de segurança do doente, direitos dos doentes e famílias, avaliação dos doentes, gestão e utilização de medicação) e padrões de gestão de organizações de saúde (como por exemplo melhoria da qualidade e segurança de doentes, prevenção e controlo de infeções, gestão e segurança de instalações, qualificações e formação do pessoal) (Joint Commission International, 2011). Cada padrão é constituído por elementos mensuráveis (critérios) que determinam o grau de cumprimento do padrão. Em termos quantitativos o manual de acreditação da JCI é constituído por 317 padrões e 1208 elementos mensuráveis.

O referencial da JCI dá especial relevo à melhoria integral ou global da qualidade e segurança do doente e profissionais, assente num plano de ação e na efetiva monitorização do desempenho da instituição através de um conjunto de indicadores de qualidade. De realçar o conjunto de monitorizações obrigatórias relativas aos eventos sentinela.

Processo de Acreditação pela Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia (ACSA)

O modelo de acreditação ACSA foi aprovado em 2009 por Despacho da Ministra da Saúde (Despacho n.º 69/2009, de 31 de Agosto) como modelo oficial e nacional de acreditação em saúde, de opção voluntária. Contudo, o modelo terá de ser adaptado à realidade portuguesa, cabendo à Direção-Geral da Saúde, através do Departamento da Qualidade na Saúde, definir e propor o necessário suporte normativo e regulamentar, bem como identificar áreas e oportunidades de melhoria.

Este modelo assenta em três pilares básicos: a gestão por processos, a gestão clínica e a gestão por competências, exigindo a integração dos vários níveis de prestação de cuidados de saúde e a avaliação da integração desses processos, bem como dos resultados e da efetividade das medidas tomadas, através de um conjunto de indicadores. Valoriza, em particular: os direitos dos cidadãos, tais como preconizados pela OMS e o quadro legal português; a segurança; as competências profissionais; a transparência na atuação; os requisitos de rigor técnico e científico na prestação dos cuidados de saúde; os resultados dos processos de saúde; a percepção que o utente tem dos cuidados que lhe são prestados. Este modelo dispõe ainda de uma característica, uma poderosa ferramenta informática, desenhada especificamente para este modelo, constituindo uma das suas mais-valias, que serve de suporte a todos os processos de avaliação, permitindo que parte desta

seja efetuada *online*, reduzindo, assim, o tempo de visita de avaliação e os respetivos custos (Direcção-Geral da Saúde, 2009).

A aplicação do modelo de acreditação ACSA e o reconhecimento externo que lhe é inerente, associado à obtenção da acreditação, acrescenta valor à organização, porque desenvolve ferramentas de gestão e melhoria da qualidade de forma permanente, o que possibilita que seja instalada e se estenda aos profissionais uma cultura da qualidade, orientada para a avaliação contínua e proativa em relação ao aparecimento de eventos adversos (Ministério da Saúde, 2009).

Torna-se assim claro que o hospital, define os seus objetivos de melhoria da qualidade, tendo por base um manual de acreditação validado internacionalmente como facilitador da mudança. Neste sentido serão desenvolvidos um conjunto de intenções (políticas), indicadores e metas que conduzem à quantificação de resultados através da monitorização e avaliação dos processos definidos para a actividade hospitalar. Esta metodologia permite a avaliação do desempenho organizacional e corrigir os desvios em relação ao estado desejável (Fragata, 2011).

3. Qualidade e Política de Saúde em Portugal

“Direito, privilégio, desafio ou exigência, a qualidade é hoje um atributo, uma dimensão incontornável na saúde e na prestação de cuidados (Pisco, 2007).

A política de saúde faz parte da política social e é um conjunto de decisões que permitem concretizar uma linha de ação que estabeleça e realize objetivos concretos para a melhoria da saúde (Sakellarides, 2004).

Com o objetivo de tentar diminuir as inequidades sociais da população, em 1958 foi criado o Ministério da Saúde (Ferreira, 1990). Em 1971, surge o primeiro esboço de um Serviço Nacional de Saúde. No Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de Setembro do mesmo ano, que promulga a organização do Ministério da Saúde e Assistência, são explicitados princípios, como sejam o reconhecimento do direito à saúde de todos os portugueses, cabendo ao Estado assegurar esse direito, através de uma política unitária de saúde da responsabilidade do Ministério da Saúde, a integração de todas as atividades de saúde e assistência, com vista a tirar melhor rendimento dos recursos utilizados, e ainda a noção de planeamento central e de descentralização na execução, dinamizando-se os serviços locais. É na década de noventa que começam a crescer as exigências das populações em termos de qualidade e prontidão de resposta aos seus anseios, exigindo que a gestão dos recursos se faça tão próximos quanto possível dos seus destinatários.

Ainda assim, só na viragem do novo século a Qualidade na Saúde, enquadrada na elaboração e definição de uma estratégia de “A Saúde, um compromisso – Estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002)”, foi assumida como uma das suas orientações estratégicas fundamentais (Eiriz, Figueiredo, 2004). Desta forma, surgem a definição e assunção de uma Política da Qualidade na Saúde, como indissociável da Política de Saúde, a conceção e definição do Sistema da Qualidade na Saúde; a criação do Conselho Nacional da Qualidade na Saúde e do Instituto da Qualidade na Saúde (Biscaia, 2006).

O Instituto Português da Qualidade (IPQ), é um instituto público que, nos termos da sua lei orgânica aprovada pelo Decreto-Lei n.º 71/2012, de 21 de março, tem por missão a coordenação do Sistema Português da Qualidade. Como Organismo Nacional de Normalização ao IPQ compete, designadamente, promover a elaboração de normas portuguesas, garantindo a coerência e atualidade do acervo normativo nacional e promover o ajustamento de legislação nacional sobre produtos às normas da União Europeia. No que

concerne à participação ao nível internacional, o IPQ assegura a representação de Portugal em inúmeras estruturas europeias e internacionais relevantes para a sua missão, das quais se destaca a ISO, em que as suas normas 9000 são referenciais para a implementação de sistemas de gestão da qualidade, que representam um consenso internacional sobre boas práticas de gestão.

3.1. Estratégias para a qualidade na saúde

Os cuidados de saúde são hoje prestados num palco diversificado de interesses em conflito, numa mudança tecnológica permanente, sendo o nível de exigência dos utilizadores do sistema de saúde cada vez maior, tal como é a expectativa de bons resultados terapêuticos. Neste contexto, as eventuais falhas ou erros ocorridos no contexto da prestação de cuidados de saúde, são potencialmente interpretados, pelos cidadãos, num quadro de eventual culpa, numa sociedade com cada vez maior consciência social. A gestão eficiente dos recursos disponíveis, cada vez mais escassos para dar resposta a um volume crescente da procura de cuidados de saúde, não obsta a que se exija um nível da qualidade da prestação cada vez mais elevado, mesmo considerando que vivemos uma época de enormes desafios para os gestores dos sistemas de saúde e para os profissionais que neles trabalham (Fragata, 2011).

Bem consciente desta preocupação, o Ministério da Saúde optou por criar, no âmbito da Direção-Geral da Saúde, o Departamento da Qualidade na Saúde, sucedâneo do Instituto da Qualidade em Saúde e da Agência da Qualidade na Saúde, com a missão de promover e disseminar, nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, uma cultura de melhoria contínua da qualidade.

O Departamento da Qualidade na Saúde, com existência legal desde o dia 16 de Fevereiro de 2009 (Portaria n.º 155/2009, publicada no *Diário da República*, n.º 28, de 10 de Fevereiro de 2009), detém competências nas áreas do planeamento e programação da política nacional para a qualidade no sistema de saúde, as quais se consubstanciam na presente Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, que adopta as seguintes prioridades estratégicas de actuação (*Diário da República*, 2.ª série — N.º 120 — 24 de Junho de 2009): i) qualidade clínica e organizacional; ii) informação transparente ao cidadão; iii) segurança do doente; iv) qualificação e acreditação nacional de unidades de saúde; v) gestão integrada da doença e inovação; vi) gestão da mobilidade internacional de doentes; vii) avaliação e orientação das reclamações e sugestões dos cidadãos utilizadores do Serviço Nacional da Saúde.

Segundo o Ministério da Saúde, no processo de busca da excelência é necessário estabelecer exigências que formalizem os mecanismos que as instituições de saúde e os seus profissionais terão que utilizar para assegurar que os cuidados de saúde que prestam aos cidadãos, respondem aos critérios da qualidade definidos pelo Departamento da Qualidade na Saúde. Tais exigências obrigam o Departamento da Qualidade na Saúde a desenvolver as seguintes ações (Diário da República, 2.^a série — N.º 120 — 24 de Junho de 2009):

- Divulgar normas de orientação clínica, que ajudem os profissionais de saúde a utilizarem melhores práticas profissionais nas diferentes áreas de atuação;
- Implementar sistema de indicadores nacionais que permitam monitorizar os níveis de qualidade clínica e da qualidade organizacional das unidades prestadoras de cuidados do sistema de saúde;
- Criar um sistema nacional de notificação de incidentes e de eventos adversos, não punitivo mas, antes, educativo na procura da aprendizagem com o erro;
- Divulgar normas de procedimento que evitem as causas mais frequentes que põem em risco a segurança dos doentes, principalmente o erro clínico, o erro cirúrgico e o erro medicamentosos;
- Coordenar o controlo organizado das infecções associadas aos cuidados de saúde;
- Adoptar e adaptar um modelo nacional e independente de acreditação e implementá-lo oficialmente através de um programa nacional de acreditação em saúde;
- Conceber, acompanhar e avaliar novos modelos experimentais de gestão das doenças mais prevalentes, mais incapacitantes e mais onerosas;
- Estabelecer critérios e regras para a criação de unidades prestadoras de cuidados de saúde altamente diferenciadas e de referência nacional e internacional;
- Acompanhar e avaliar projectos de saúde nas áreas de inovação e da investigação;
- Criar mecanismos de gestão dos fluxos de doentes estrangeiros que recebem cuidados de saúde em Portugal e de doentes portugueses que recebem cuidados de saúde em centros diferenciados no estrangeiro;
- Criar pontos focais de informação ao cidadão, para que, com transparência, estes possam estar mais habilitados a fazer escolhas informadas na utilização dos serviços prestadores de cuidados de saúde;

- Implementar sistemas de monitorização periódica do grau de satisfação dos utilizadores do sistema de saúde e dos seus profissionais;
- Avaliar e orientar as reclamações e sugestões dos cidadãos.

Os pontos anteriormente descritos são fundamentais para atingir o objetivo deste trabalho. Como o Departamento da Qualidade na Saúde integrado na Direção-Geral da Saúde, com existência legal, detém competências nas áreas de planeamento e programação da política nacional para a qualidade no sistema de saúde, é esperado que as ações sejam monitorizadas e vigiadas de modo a serem cumpridas.

Como um “fio condutor”, para as instituições do Ministério da Saúde, outros organismos do sector da Saúde (governamentais, privados e de solidariedade social) e de outros setores de atividade, nasceu o PNS, para que estas instituições possam assegurar ou contribuir para a obtenção de “Ganhos em Saúde”, orientados pela promoção da saúde e pela prevenção da doença.

No que diz respeito à qualidade, o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 identifica uma escassa cultura de qualidade associada a um défice organizacional dos serviços de saúde (existência de um grande desequilíbrio entre o nível da prestação dos profissionais e a adequação dos contextos organizacionais e afirmação de lideranças em que estes trabalham), assim como a falta de indicadores de desempenho e de apoio à decisão (escassez de indicadores válidos e fiáveis que suportem a gestão estratégica e operacional do Sistema de Saúde), e o insuficiente apoio estruturado às áreas de diagnóstico e decisão terapêutica (apesar da necessidade da existência de um conjunto de suportes que forneçam bases estruturadas no processo de diagnóstico e de decisão terapêutica, as iniciativas nestas áreas estão limitadas), e como tal propõe estratégias das quais são destacadas a “mudança centrada no cidadão” e a estratégia “reorientar o sistema de saúde – qualidade em saúde” (Ministério da Saúde, 2009).

De acordo com este Plano, para colmatar as situações já referidas, destacam-se as seguintes orientações estratégicas e intervenções necessárias: apostar na acreditação de hospitais; de forma a promover uma prática de gestão baseada nos princípios da qualidade total, apostar-se-á na qualidade da gestão (QualiGest), tendo como referência o modelo de excelência organizacional da *European Foundation for Quality Management* (EFQM) para os serviços públicos, aprovado oficialmente pela Comissão Europeia – o *Common Assessment Framework* (CAF); serão desenvolvidos projetos no âmbito da avaliação de indicadores de

desempenho de unidades de cuidados críticos dos hospitais portugueses, com uma perspectiva de *benchmarking* de indicadores clínicos, de processo e de resultados dos hospitais.

A melhoria da qualidade dos cuidados de saúde tem sido uma das prioridades em muitos planos de saúde nacionais, e foi também assumida esta preocupação no PNS 2011-2016. Tendo em conta que ainda existem muitas lacunas na demonstração de evidência no que concerne a estratégias para a melhoria de qualidade, é importante apostar nas que são comprovadamente efectivas e ensaiar outras, mas monitorizando-as e avaliando-as com rigor, é neste sentido que surge um capítulo, neste PNS, dedicado somente à “Qualidade dos Cuidados e dos Serviços” (Campos; Saturno; Carneiro, 2010).

Não haverá qualquer inconveniente em que se associe a segurança à qualidade (a segurança é, verdadeiramente, uma dimensão da qualidade) e como tal, o desenho de um sistema de qualidade poderá também controlar a segurança, neste caso enquanto desvio externo da boa performance. Estas iniciativas em torno da qualidade e da segurança, muitas vezes no contexto de processos de acreditação, encontram-se hoje, sob a **governação clínica**.

3.2. Governação Clínica

A governação clínica assenta em cuidados baseados numa relação contínua entre médico e doente; cuidados personalizados, antecipando as necessidades do doente; partilha de informação e conhecimento; decisões com base em evidência; segurança; transparência; redução do desperdício (Campos; Saturno; Carneiro, 2010). Segundo os autores Halligan e Donaldson (2001) associa-se a uma cultura de não culpabilização, interrogação e aprendizagem, valorização profissional e parceria com o doente, e ainda prevê o incentivo à participação e investigação; a definição clara da responsabilidade e prestação de contas (*accountability*); a disseminação da prática clínica baseada na evidência; o trabalho em equipa multidisciplinar e a liderança, sendo valorizada a autonomia e capacidade de gestão da prestação de cuidados por cada profissional (Governação dos Hospitais, MS 2010; Som CV, 2004).

A governação clínica pode ser definida como uma estrutura através da qual as organizações se tornam responsáveis por melhorar, continuamente, a qualidade dos seus serviços e garantir elevados padrões na prestação de cuidados, em ambiente propício ao desenvolvimento da excelência clínica (Sally e Donalson, 1998, Sakellarides et al., 2004).

Os princípios fundamentais da Governação Clínica, segundo Starey (2003) são a clara definição da responsabilização pela qualidade dos cuidados clínicos; a existência de um programa de melhoria da qualidade (auditorias clínicas, normas de orientação clínicas, planeamento e desenvolvimento dos recursos humanos); plano de formação; gestão de risco e programas integrados de identificação e correção do mau desempenho (Figura 1).



Figura 1: Componentes da Governação Clínica (adaptado de Starey, 2003).

As duas áreas que estão associadas à governação clínica são a qualidade e a segurança do doente, sendo que todo o processo pressupõe o envolvimento e liderança dos prestadores diretos de cuidados de saúde, assumindo responsabilidade nos cuidados prestados, de forma integrada, com qualidade clínica e eficiente utilização de recursos (Delgado, 2009).

Posto, isto importa compreender de forma mais abrangente a gestão de risco como sendo uma estrutura que serve de pilares para a melhoria da qualidade e a segurança dos doentes.

3.3. Gestão de risco

A necessidade de lidar com os efeitos adversos, com o erro e o conceito de risco real ou potencial, aliada à necessidade de diminuir os custos e as perdas financeiras, materiais e

humanas levam a organização a desenvolver esforços no sentido de criar e desenvolver um projecto de gestão de risco, que nas instituições de saúde desempenha um papel crucial em prol da segurança e qualidade dos cuidados, sendo uma responsabilidade da gestão de topo incorporar a temática nos objetivos estratégicos da organização, estando integrada na gestão global do hospital e não ser tratada de forma isolada ou compartimentada.

A gestão de risco corresponde a um conjunto de medidas destinadas a melhorar a segurança, e assim a qualidade de prestação dos cuidados de saúde, mediante a identificação prospetiva das circunstâncias que colocam os doentes em risco e pela atuação destinada a prever e a controlar esses mesmos riscos. A gestão de risco tem com duplo objetivo limitar a ocorrência de eventos adversos (prevendo) e minimizar os danos que provocam (recuperando). Os erros e os eventos adversos são inevitáveis no processo de diagnóstico, decisão e tratamento clínicos mas os seus efeitos podem e devem ser minimizados mediante uma correta gestão de risco (Fragata, 2011).

Uma organização de saúde é por si só uma fonte de riscos, não só devido às suas características estruturais, mas também devido à constante procura por um tratamento mais eficaz, no qual estão envolvidos múltiplos intervenientes. O conceito de gestão de risco surgiu inicialmente nos Estados Unidos da América como consequência de um aumento das queixas apresentadas contra os hospitais e outras organizações de saúde, o que implicou gastos excessivos em termos de indemnizações e prémios de seguros. Foram assim criadas as bases para o desenvolvimento e posterior implementação dos programas de gestão de risco, tendo-se, dado o crescente interesse nesta temática, constituído uma organização inicialmente designada por *American Society for Hospital Risk Management*, e que actualmente se designa por *American Society for Healthcare Risk Management*. (ASHRM, 2010).

Tendo a gestão de risco um papel crucial em prol da segurança e qualidade dos cuidados, e por outro lado a segurança dos doentes uma dimensão da qualidade, implica que a gestão de risco esteja, assim, integrada e dependente do próprio sistema de gestão da qualidade existente na instituição de saúde. Deste modo a gestão de risco é transversal à instituição de saúde e deve ser integrada no processo operativo de cada profissional, como fazendo parte da sua filosofia de trabalho, sendo aplicada em todas as atividades desenvolvidas nos diferentes níveis da organização, deve dar especial ênfase à identificação de situações de risco ou que possam causar dano aos doentes, à identificação das causas subjacentes e à implementação de medidas para prevenir ou controlar as circunstâncias de risco. (*Joint Commission International*, 2011).

A implementação de um programa de gestão de risco numa qualquer organização de saúde é muitas vezes manifestada primeiramente ao nível do Conselho de Administração (CA). Ou seja, emerge uma preocupação com o risco e o erro existentes nas organizações, surgindo uma preocupação ao nível da sua gestão e compreensão, de forma a poder tornar a organização mais eficaz e competitiva. Desenvolvidos os esforços no sentido de formar todos os intervenientes sobre a gestão de risco em si, deverá existir um sentimento de total partilha e co-responsabilização pelos esforços desenvolvidos, de forma a que todos os intervenientes, quer ao nível da equipa de gestão de risco, do CA, dos vários departamentos da organização, colaboradores e até os doentes e as suas famílias, se sintam como participantes ativos. Uma incorreta articulação entre todos os elos contribuirá de forma negativa para minimizar a eficácia organizacional, levando à descredibilização da organização por parte dos doentes (Fragata, 2011).

O programa de gestão de risco criado é específico para cada organização, uma vez que depende das características da organização, dos seus objetivos, área de atuação, profissionais, entre outros elementos. A implementação deste programa requer a existência de uma equipa estruturada, capaz de englobar e dar resposta a todas as áreas de aplicação, através de estratégias eficazes e material de suporte como normas e procedimentos bem definidos (McCaffrey, Hagg-Rickert, 2004). Estes elementos são componentes fulcrais para o sucesso do programa de gestão de risco, na medida em que auxiliam o gestor de risco na gestão e adequação do mesmo, de forma a ter procedimentos mais adequados, de acordo com a política organizacional.

Relativamente aos assuntos a incluir aquando da elaboração do programa de gestão, segundo McCaffrey e Hagg-Rickert (2004), variado é o campo de intervenção da gestão de risco, centrando-se contudo na proteção da organização perante potenciais perdas. As áreas de intervenção são variadas, incluindo os riscos relacionados com os doentes, os profissionais, o equipamento e infra-estruturas, financeiros, entre outros. A título de exemplo, estes autores referem que relativamente aos doentes, podem ser incluídos aspetos relacionados com a partilha de informação. Ainda segundo estes autores a sua implementação da gestão de risco passa por 5 etapas, as quais incluem: i) a identificação e análise das áreas de risco; ii) consideração de técnicas alternativas de gestão de risco; iii) seleção da melhor ou melhores técnicas/procedimentos da gestão de risco; iv) implementação das técnicas seleccionadas; e v) monitorização e adaptação do programa de gestão de risco.

Mas vários modelos para a gestão de risco são usados pelas organizações de saúde e fora deste sector, com intuito de disseminar uma prática estruturada e sistematizada com

vista a eliminar, a controlar, ou a minimizar o risco até a um nível considerado como aceitável. Segundo o *Pocket Guide to Clinical Risk Management* (2005), o risco apresenta várias dimensões (Figura 2), mas tradicionalmente há uma tendência para focalizar o risco clínico na componente operacional.



Figura 2: Adaptado de Pocket Guide to Clinical Risk Management (2005).

3.3.1. Modelos de gestão de risco

Os países ricos, ao longo dos últimos anos, foram desenvolvendo vários trabalhos que contribuíram para aprofundar e melhorar a gestão de risco. Tendo em conta os trabalhos que mais se destacaram pela sua pertinência, considera-se pertinente abordar o modelo de gestão de risco australiano/ neozelandês (por ser o mais abrangente) e o sistema de análise

de incidentes clínicos (Protocolo de Londres) (pelo facto de existir um Programa Nacional de para Notificação de Incidentes e Eventos Adversos).

Modelo de Gestão de Risco Australiano/Neozelandês

Este modelo (Figura 3) é o mais abrangente dado que integra o risco corporativo, na dimensão financeira e política, e estabelece um conjunto de cinco passos, agregados aos processos de comunicação e consulta, de avaliação e de monitorização e revisão do risco que consistem em (AS/NZS 4360:2004):

- Estabelecer o contexto: no plano de gestão de risco deve ser definido o ambiente interno em que a organização, departamento ou serviço opera, tornando-se necessário determinar os fatores de risco que devem ser geridos e controlados, em função das consequências da matriz de risco (em termos de gravidade e probabilidade) e do respetivo impacto na organização.
- Identificar os Riscos: em função dos riscos identificados cada serviço deve rever anualmente a sua matriz de riscos e avaliar se os mesmos estão controlados. A identificação dos riscos pode ser retrospectiva ou prospectiva, sendo útil a revisão dos processos para deteção dos episódios e risco relacionados com incumprimento de políticas e procedimentos, imprecisão de registos ou falhas do sistema, recorrendo a auditorias, a revisão de processos, às notificações ou reclamações.
- Analisar os Riscos: após a identificação dos riscos, procede-se à análise de cada um, sendo determinada a sua gravidade. Primeiro, determinam-se as consequências do risco, em seguida determina-se o valor da probabilidade da ocorrência, e por último, o método de análise causa raiz é usado para identificar os fatores que contribuíram para o resultado de um evento adverso¹ ou *near miss*² ao doente.
- Avaliação dos Riscos: o objetivo é decidir se o risco é aceitável ou não.
- Tratamento do Risco: deve ser integrado no *Quality Plan* anual da organização, perspectivando-se assim uma monitorização da execução.
- Monitorização e Revisão: poucos riscos permanecem estáticos. A monitorização e revisão do risco são componentes essenciais na identificação e implementação de práticas de redução do mesmo (fechando o ciclo). As opções

escolhidas pela gestão de risco devem ser monitorizadas para garantir que estão a alcançar os resultados desejados.

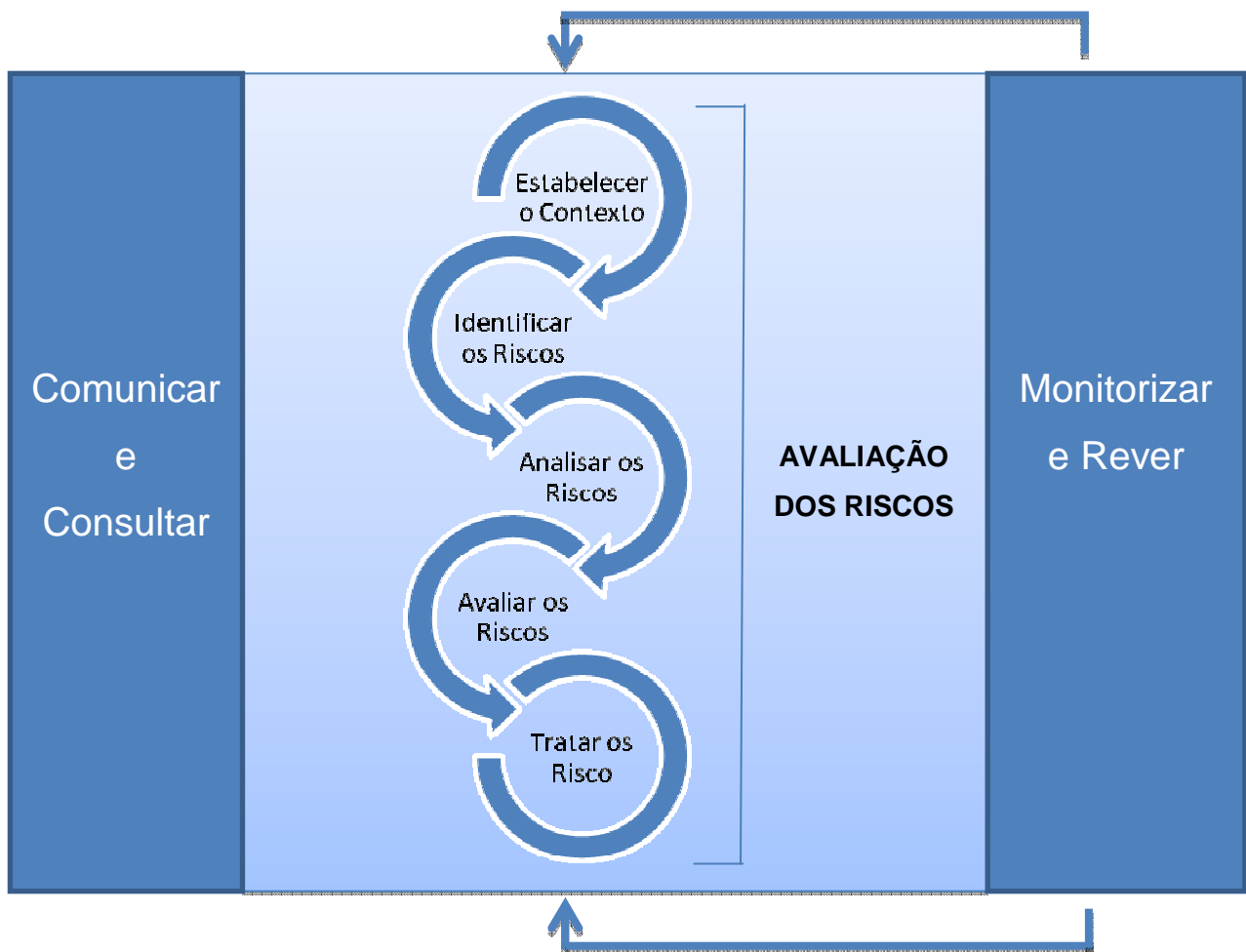


Figura 3: Adaptado de AS/NZS 4360:2004 Risk Management Standards.

Protocolo de Londres – sistema de análise de incidentes clínicos

O sistema de análise de incidentes clínicos foi desenvolvido pela equipa Taylor Adams e Charles Vicent (2004), ficando conhecido como *The London Protocol*. A teoria que suporta este protocolo e suas aplicações é baseada em pesquisas na aviação, indústrias de petróleo e nuclear, em que a investigação de acidentes é uma rotina estabelecida. O estudo desses acidentes levou a um maior e mais amplo entendimento da causa do acidente, menos focado no indivíduo que comete o erro e mais focado em obter informações sobre os fatores organizacionais pré-existentes. Esta abordagem é baseada no modelo de James Reason (teoria do “queijo suíço” – Figura 4) da causalidade do acidente organizacional. Este modelo

1: Evento adverso: um incidente que resulta em dano para o doente (Relatório Técnico, 2011).

2: *Near miss* (quase evento): um incidente que não alcançou o doente (Relatório Técnico, 2011)

explica que as falhas ativas são facilitadas por falhas latentes, as quais, por si só, não ocasionam acidentes, mas que, alinhadas como sucessivos buracos de segurança e na ausência de defesas, propiciam janelas de oportunidade para a ocorrência de um acidente (Reason, 2000). O modelo explica, também, que decisões falíveis da estrutura de gestão são transmitidas pelos canais hierárquicos do topo até ao colaborador, podendo afectar o trabalho e criar condições ao nível do ambiente e da tarefa para a prática de atos inseguros de vários tipos. As defesas e as barreiras são concebidas para proteger as pessoas contra riscos e para atenuar as consequências da falha humana ou tecnológica. Os autores preconizam que, durante a análise de um incidente, cada um desses elementos seja verificado em detalhe e separadamente, começando com as ações inseguras e com as barreiras que falharam, até chegar à cultura e processos organizacionais. (Taylor, Vicent, 2004). Neste sistema de análise, o primeiro passo na investigação de um incidente é a identificação da ação ou ações inseguras e, de seguida a análise das circunstâncias em que ocorreu ou ocorreram, ou seja, identificação dos fatores que contribuíram ou predispueram a tal conduta. (Taylor; Vicent, 2004).

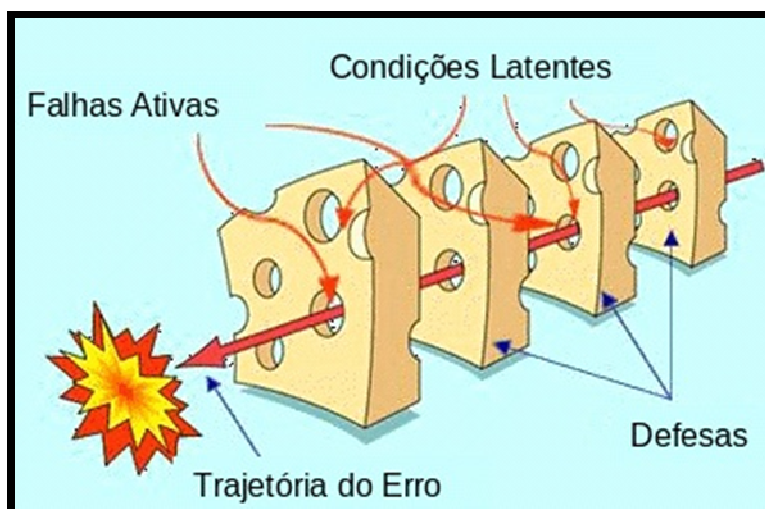


Figura 4: Modelo de risco do “queijo suíço” por James Reason (adaptado de Reason, 2000).

Resumindo, o Protocolo de Londres para a investigação de acidentes preconiza as seguintes etapas:

- Identificação e decisão de investigação;
- Seleção da equipa de investigação;
- Obtenção e organização da informação;
- Determinação da cronologia do acidente;
- Identificação das ações inseguras;

- Identificação dos fatores contributivos;
- Recomendações e desenvolvimento do plano de ação.

Um dos sistemas mais comuns de informação de segurança baseia-se no relato voluntário e confidencial de eventos adversos ou de qualquer preocupação de segurança detetada no trabalho. Este relato tem dois objetivos: aumentar a sensibilidade aos erros e riscos inerentes ao tipo e local de trabalho e, através da investigação local do incidente e da análise de vários incidentes agregados, gerar informação útil para corrigir as fragilidades identificadas (Lage, 2010). Várias formas de relato de incidentes foram já implementadas e esta prática é fortemente recomendada em todas as instituições que se submetem a processos de acreditação externa, seja através da *Joint Commisssion* ou da CHKS. Para a mesma autora a implementação eficaz de um sistema de relatos de incidentes localmente é um processo lento. Necessita de profissionais motivados que o incentivem em cada local de trabalho e de uma estrutura que garanta a análise e a informação de retorno em tempo útil.

Assim como é importante o relato de incidentes, a análise dos mesmos e a determinação das suas causas também se torna extremamente importante, na medida que pode originar informação útil sobre problemas existentes no sistema, detetando quebras de segurança, muitas vezes insuspeitas, na prestação de cuidados. (Lage, 2010; Fragata, 2011). A filosofia subjacente a esta abordagem é a de que não se pode mudar a condição humana, podemos contudo mudar as condições em que as pessoas trabalham (Fragata, Martins, 2004).

II –Metodologia

4. Objetivos da investigação

Ao longo da revisão de literatura descreve-se como a gestão de risco desempenha um papel crucial em prol da segurança e qualidade dos cuidados, e em como é necessário estabelecer exigências que formalizem os mecanismos que as instituições de saúde e os seus profissionais terão que utilizar para responderem aos critérios da qualidade, definidos pelo Departamento da Qualidade na Saúde. Tendo em conta que a gestão de risco nas diversas está inserida em departamentos diversos dentro das organizações, optou-se por utilizar um termo mais abrangente denominado de “estruturas de qualidade e segurança do doente” como correspondendo a uma estrutura da gestão de risco.

Nesta perspectiva, torna-se pertinente investigar as estruturas de qualidade e segurança do doente e deste modo define-se como objetivo geral deste estudo:

- Caracterização das estruturas de qualidade e segurança do doente, existentes na região de Lisboa e Vale do Tejo.

5. Tipo de estudo

Face à problemática em estudo, aos recursos existentes e aos objetivos do trabalho, optou-se por um estudo observacional descritivo, em que não é feita qualquer intervenção no que está a ser estudado e consiste numa recolha sistemática de dados numa amostra representativa de uma população definida, com o objetivo último de conseguir uma descrição das estruturas de qualidade e segurança do doente com o maior nível de detalhe possível.

5.1. População e amostra

A população deste estudo são os Hospitais E.P.E. da região de Lisboa e Vale do Tejo. A decisão de ter escolhido uma região tem como fundamento o tempo estabelecido para a realização do estudo que não permitiria a alargar a investigação a muitas instituições, e a escolha foi Lisboa e Vale do Tejo por uma questão de proximidade. O estudo foi apenas na rede pública, não alargando para aos hospitais privados e do sector social, primeiro por uma questão de não alargar a população e também porque assim permite manter o objetivo principal e não a comparação entre sectores de atividade. A comparação entre sectores poderá ser alvo de um estudo posterior.

Fazem portanto parte desta população: Centro Hospitalar Lisboa Central, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Centro Hospitalar Oeste Norte, Centro Hospitalar de Setúbal, Centro Hospitalar Médio Tejo, Centro Hospitalar Barreiro Montijo, Centro Hospitalar de Torres Vedras, Hospital Garcia de Orta, Hospital Distrital de Santarém, Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil. Num total de 8 centros hospitalares e 4 hospitais.

Tendo em conta que a população são oito centros hospitalares e quatro hospitais, ou seja 12 elementos, optou-se por não selecionar uma amostra representativa da população, acabando por realizar o estudo nas 12 instituições, ou seja, nesta investigação a população é igual à amostra.

5.2. Instrumentos de recolha de dados

Nas condições metodológicas adoptadas e na finalidade da pesquisa, foi selecionado como um dos instrumentos de colheita de dados, o questionário (ver anexo ?), que é um dos métodos de colheita de dados que necessita das respostas escritas por parte dos sujeitos (Fortin, 2000). Uma das suas vantagens de aplicação é permitir quantificar uma multiplicidade de dados e proceder a numerosas análises, quer simples, quer do cruzamento das mesmas (Fortin, 2000). Tem ainda outra vantagem que se refere ao facto de não obrigar à presença do investigador, evitando desta forma qualquer influência nas respostas da população alvo. Porém tem algumas desvantagens em que uma delas é a fraca taxa de resposta e a taxa elevada de dados em falta.

A escolha das perguntas do questionário foi baseada na revisão bibliográfica sobre o tema, incluindo os modelos de acreditação (como a JCI e CHKS), sendo que foram elaboradas 27 perguntas fechadas, 6 abertas e 10 semi-fechadas.

Segundo Ghiglione e Matalon (1992) quando a primeira versão do questionário fica redigida, é necessário garantir que o questionário seja de facto aplicável e que responda efetivamente aos problemas colocados pelo investigador, como tal o questionário deve ser aplicado a um pequeno grupo de pessoas, com o objetivo de saber se elas entenderam o significado do questionário e das perguntas. Esta situação, a qual se denomina pré-teste, permite-nos evitar erros de vocabulário e de formulação e salientar recusas, incompreensões e equívocos (Ghiglione e Matalon, 1992). Logo, após o questionário estar elaborado, foi entregue via correio electrónico a 3 enfermeiras que não pertenciam a instituições de saúde da população estudada. Os questionários preenchidos foram devolvidos também por correio electrónico e após análise das respostas não se verificou a

necessidade de realizar alterações na redação ou na organização das perguntas, pois não existiam dúvidas no preenchimento das questões, sendo que após esta fase considerou-se o questionário definitivo.

Os dados a serem recolhidos no questionário vão de encontro à questão de investigação e estão resumidos abaixo:

- Na estrutura de qualidade e segurança em causa:
 - Quais são os objetivos propostos;
 - Qual é o plano de atividades/ação:
 - Existência de relatórios de atividades;
 - Incidentes relatados/ base de dados/ análise de incidentes;
 - Quais são as áreas abrangidas pela gestão de risco;
 - Existem instalações, tendo um posto de trabalho permanente e equipamento necessário;
 - Qual é a gestão de recursos humanos:
 - Estrutura orgânica;
 - Equipa com formação (que formação fizeram, onde fizeram);
 - Existência ou não de interlocutores.

Para obter a autorização para a consequente aplicação do questionário, foram enviados num primeiro momento a 8 de Maio de 2012 pedidos de autorização para os Conselhos de Administração dos 8 Centros Hospitalares e 4 hospitais (ver anexo). Esses pedidos, enviados por correio electrónico, tinham em anexo o questionário. Ao longo do tempo, também por correio electrónico, foram recebidos os questionários preenchidos. Por não existir qualquer referência ou envolvimento dos doentes no conteúdo de resposta aos questionário não foi necessário o parecer da Comissão de Ética.

5.3. Análise de dados

Os dados obtidos decorrentes da recolha de dados foram tratados de duas maneiras: as respostas fechadas foram tratadas estatisticamente em suporte informático no Microsoft Office Excel 2010 (a escolha deste programa deve-se ao facto da quantidade de questionários ser pequena, logo os dados são relativamente fáceis de tratar). Foi efetuada uma análise descritiva das frequências absolutas de todas as variáveis, sendo os dados organizados em gráficos.

As respostas abertas foram tratadas através da análise de conteúdo simples (qualitativamente).

6. Apresentação de resultados

Como já foi referido anteriormente, foram enviados 12 pedidos de autorização com os respetivos questionários, sendo que foram recebidos sete (N=7, quatro de centros hospitalares e três de hospitais), portanto houve uma taxa de sucesso de resposta de 58%.

Relativamente à categoria profissional de quem preencheu o questionário (taxa de resposta de 100%, N=7), tendo em conta que no pedido de autorização tinha sido solicitado que quem preenche-se o inquérito fosse a pessoa responsável pela estrutura de qualidade e segurança do doente, é verificado que há uma grande variedade de categorias profissionais.

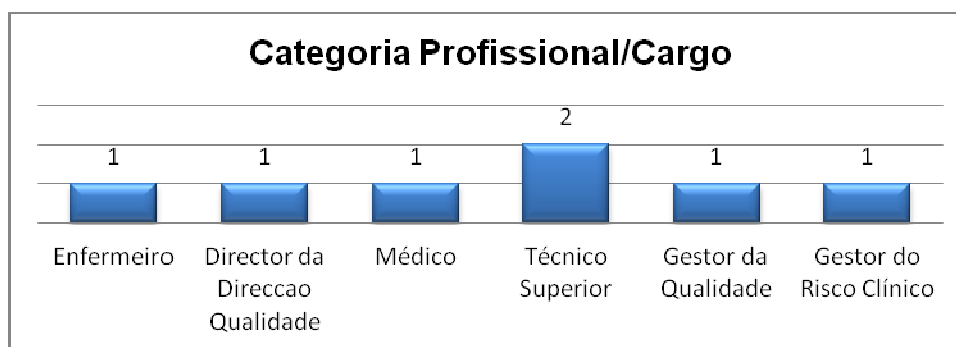


Gráfico 1: Identificação pessoal com base na categoria profissional/cargo de quem preencheu o questionário.

Em relação à questão se a unidade de saúde participa num programa de acreditação (taxa de resposta de 100%), das sete apenas uma unidade não é acreditada, existindo um programa de acreditação “outro” que corresponde ao OECI- *Organization of European Cancer Centers*.

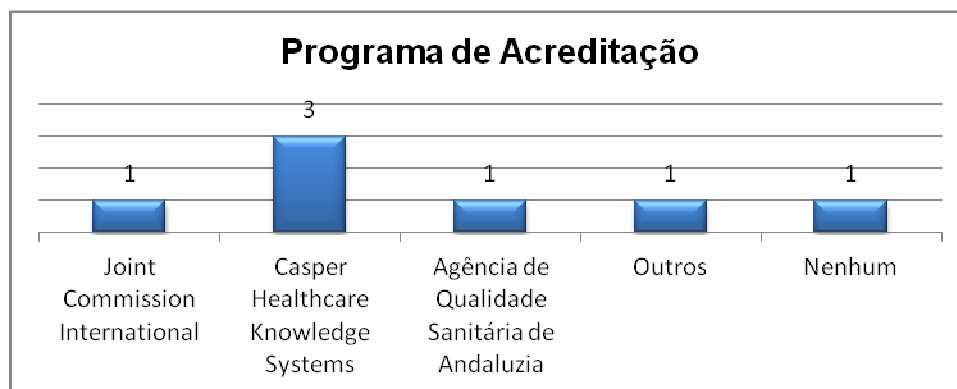


Gráfico 2: Programa de Acreditação da Unidade de Saúde.

No que diz respeito à participação em programas de certificação como a ISO 9000, das sete unidades, apenas uma não participa (taxa de resposta de 100%).

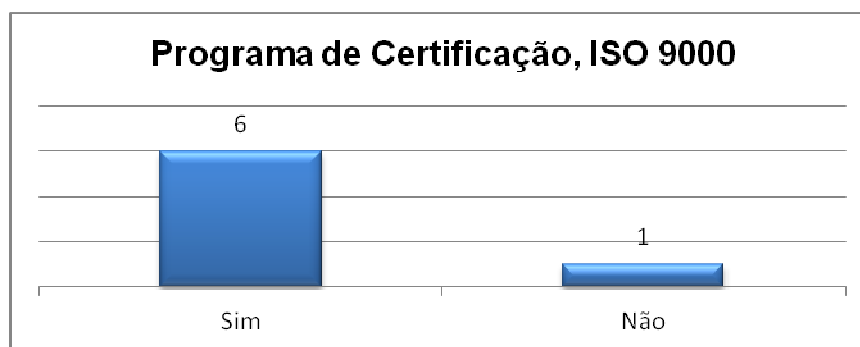


Gráfico 3: A Unidade de Saúde participa em Programas de Certificação como a ISO 9000.

Relativamente às unidades de saúde que participam no *International Quality Indicator Project* (IQIP- avaliação de desempenho clínico), com uma taxa de resposta de 100% (N=7), todas as unidades responderam que não.

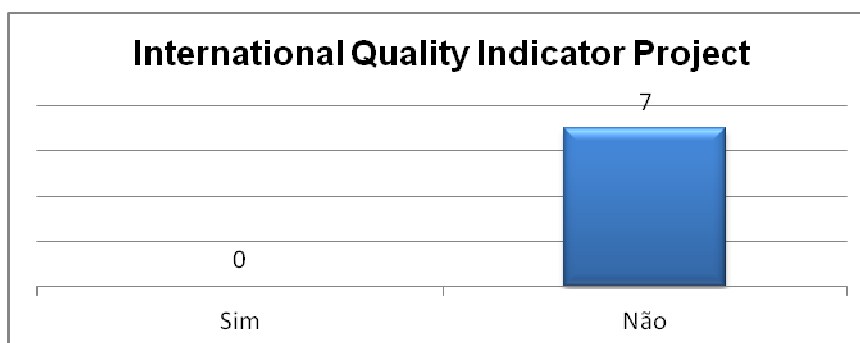


Gráfico 4: A Unidade de Saúde participa no International Quality Indicator Project.

Com uma taxa de resposta de 100% (N=7), todas as instituições de saúde responderam que tinham implementada a gestão do risco (Identificação e análise dos riscos e danos, com tomada de medidas necessárias para minimizar os danos potenciais ou reais até níveis aceitáveis pela organização).

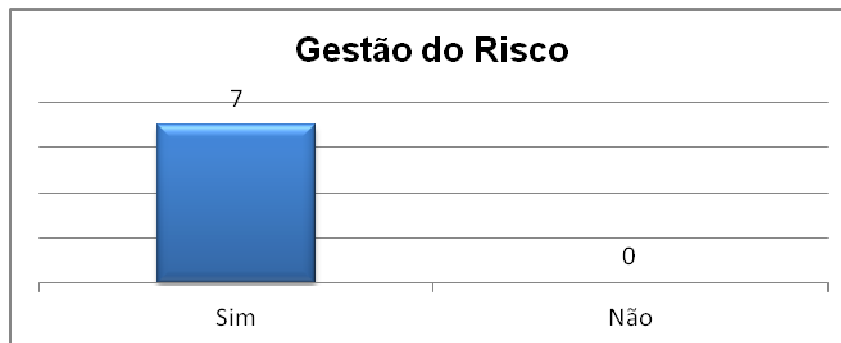


Gráfico 5: A gestão de risco está implementada na Unidade de Saúde.

Os resultados relativamente à denominação da entidade que desenvolve a gestão do risco na instituição, estão representados no seguinte gráfico, com uma taxa de resposta de 100% (N=7). Na maioria corresponde a “comissão” ou “outro”, sendo que nesta opção as respostas foram unânimes, sendo as três “gabinete de gestão de risco”.

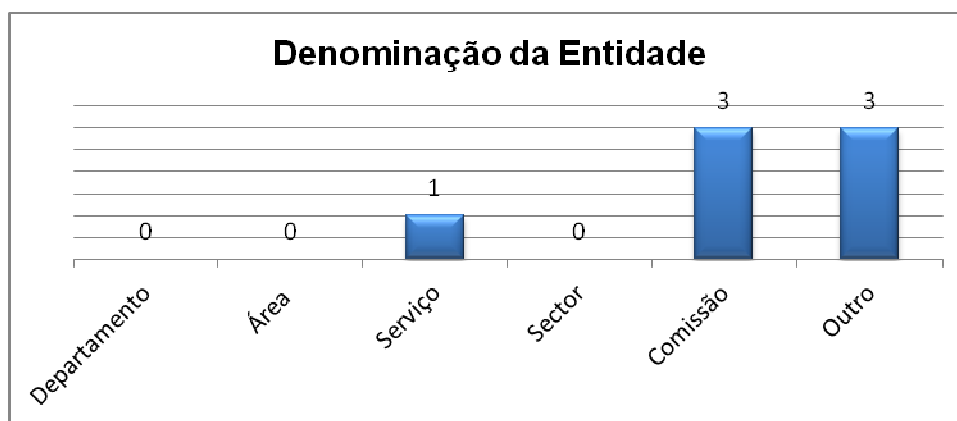


Gráfico 6: Denominação da entidade que desenvolve a Gestão do Risco.

Quanto à nomeação da entidade por parte do Conselho de Administração, todas as unidades de saúde (taxa de resposta de 100%, N=7) confirmaram que tinha havido nomeação.

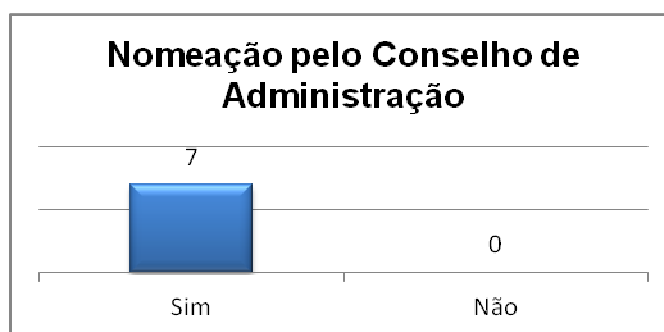


Gráfico 7: Entidade sujeita a nomeação pelo Conselho de Administração

Relativamente ao posicionamento da área responsável pela coordenação do programa de gestão de risco, na estrutura organizacional do hospital, os resultados demonstram que maioritariamente a gestão de risco está dependente do Conselho de Administração (taxa de resposta 100%, N=7). Quanto à dependência de um membro do CA, umas das unidades referiu que esse membro é o “Diretor Clínico” e a outra não referiu nada.

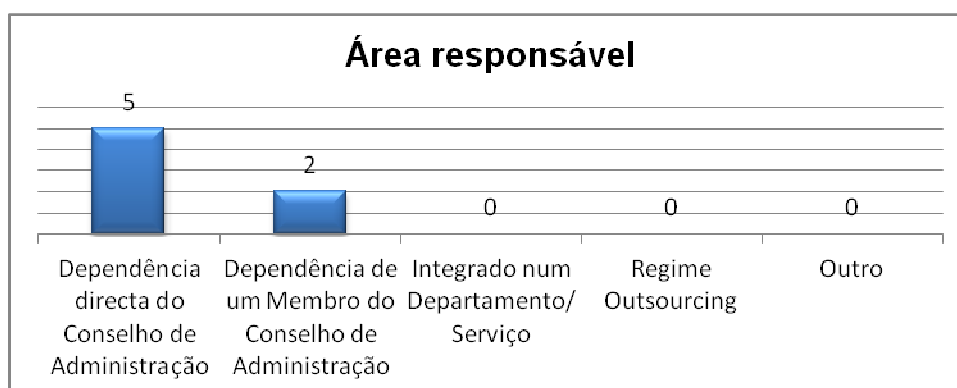


Gráfico 8: Posicionamento da área responsável pela coordenação do programa de gestão de risco, na estrutura organizacional do hospital.

Relativamente à questão sobre as instalações próprias para o grupo trabalhar, com uma taxa de resposta de 100% (N=7), a maioria possui estas condições de trabalho.

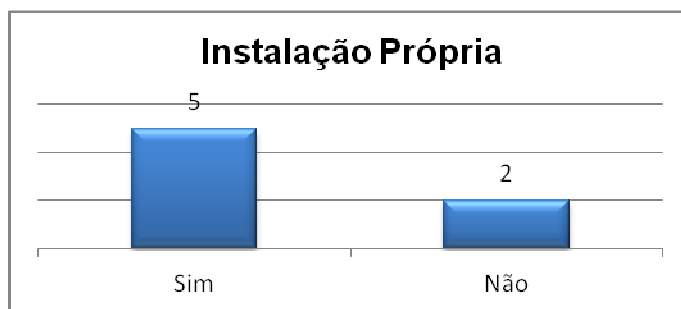


Gráfico 9: A instituição possui uma estrutura/instalação própria para o grupo da gestão de risco.

Quanto ao facto de existirem equipamentos (por exemplo: computador, fotocopiadora) adequados ao trabalho, a maioria possui esses equipamentos (taxa de resposta de 100%, N=7).

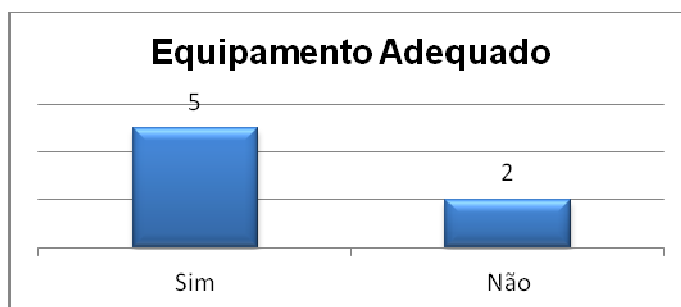


Gráfico 10: Existem equipamentos adequados ao trabalho.

A maioria das instituições não dispõem de programas informáticos específicos da gestão de risco, como é possível verificar no gráfico (taxa de resposta de 100%, N=7).

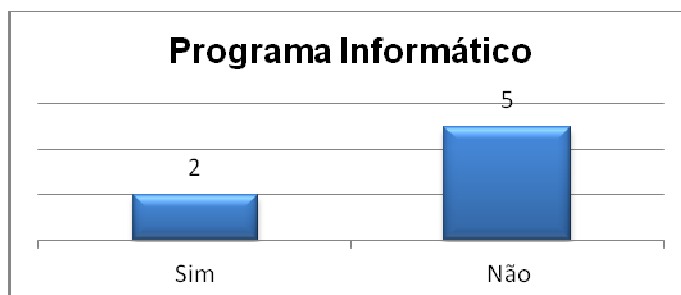


Gráfico 11: Programa Informático específico para a gestão de risco.

Quanto à existência de uma estratégia/plano de ação datada e documentada para a gestão do risco, elaborada com base nos objetivos da organização, em que essa estratégia deverá especificar metas, objetivos, descrição das medidas tomadas para gerir o risco, formas de avaliar e medir os riscos, características sobre o sistema de registo de acidentes, eventos adversos, erros de medicação e quase-acidentes na organização, a maioria das instituições (com uma taxa de resposta de 100%, N=7) assumiram que possuíam essa estratégia/plano de ação.

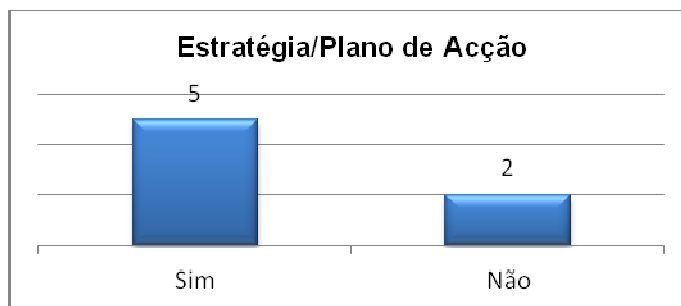


Gráfico 12: Estratégia/plano de ação datada e documentada para a gestão do risco, elaborada com base nos objetivos da organização.

Ainda no contexto da estratégia da gestão de risco, se existe em cinco unidades de saúde, esta é comunicada a todo o pessoal, de forma a assegurar que todos estão cientes das suas responsabilidades relativamente à prevenção e controlo de riscos. (taxa de resposta de 71,4%, N=5).



Gráfico 13: A estratégia da gestão de risco é comunicada a todo o pessoal.

Se a estratégia for comunicada, a sua forma de comunicação é maioritariamente através de documentos escritos, como se pode verificar no gráfico. Estes resultados têm uma taxa de resposta de 71,4% (5 respostas), em que a resposta poderia ter mais do que uma opção. Da opção “outros” fazem parte as respostas “visitas aos serviços” e “internet”.

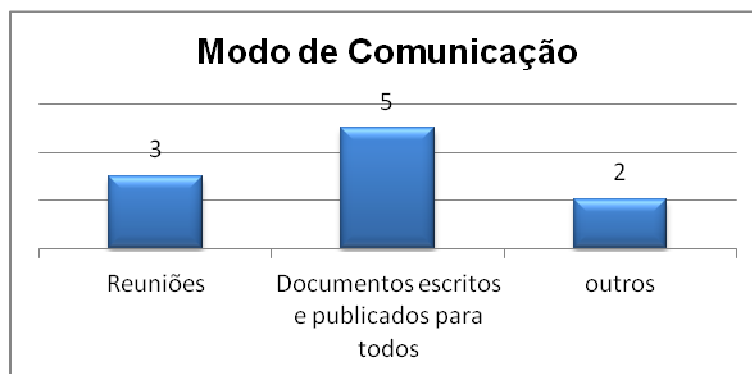


Gráfico 14: Forma de comunicação da estratégia da gestão de risco.

Relativamente à existência de articulação entre a gestão de risco e outras entidades/áreas, com a opção de fazer várias escolhas (taxa de resposta de 100%, N=7), todas as unidades têm articulação com a Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar e com a Higiene e Segurança dos Profissionais. Onde existe menos articulação com a gestão de risco são nas áreas da Segurança no circuito do medicamento e no Plano de Catástrofe e Planos de Emergência Internos. Da opção “outras” fazem parte as respostas: grupo de reanimação e grupo de transporte de doente crítico; grupo de mortalidade hospitalar; comissão transfusional; grupo de normas de orientação clínica; grupo de gestão de informação clínica; internato médico; grupo dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem; centro de simulação; gabinete de investigação; comissão de reanimação; grupo de auditoria clínica; comissão de qualidade e segurança do doente; área de gestão de instalações e equipamentos; área da gestão hoteleira.

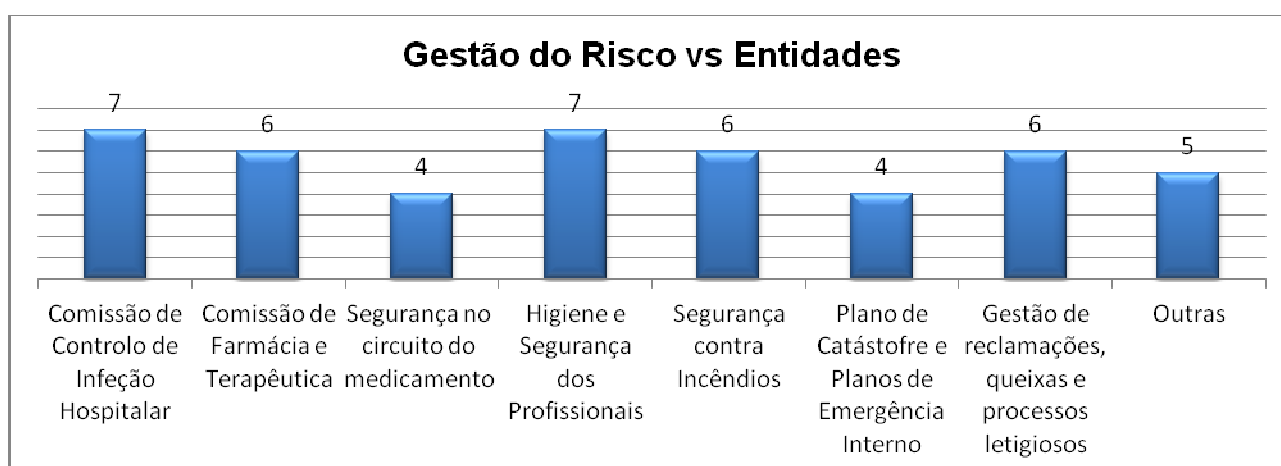


Gráfico 15: Gráfico 15: Articulação entre a gestão de risco e outras entidades.

A articulação entre a gestão de risco e as outras entidades pode ser feita de várias formas. Podendo escolher mais do que uma opção, a forma mais escolhida de articulação são as reuniões, seguidas dos pareceres e por fim as participações em trabalhos de grupo (taxa de resposta de 100%, N=7).

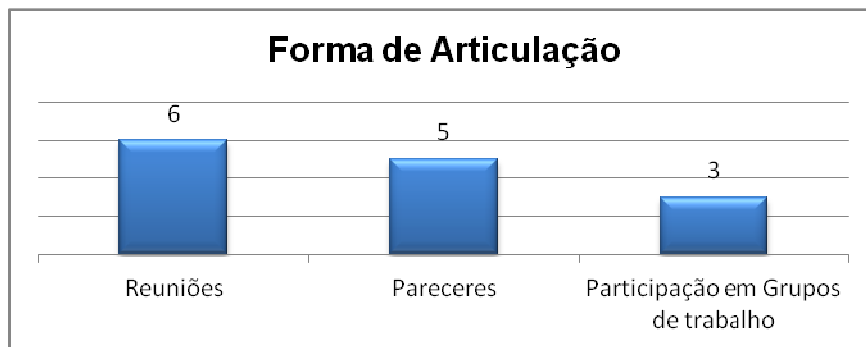


Gráfico 16: Forma de articulação entre a gestão de risco e as várias entidades.

A maioria das instituições usufrui de uma equipa multiprofissional da gestão de risco, como se pode verificar no gráfico (taxa de resposta de 100%, N=7).

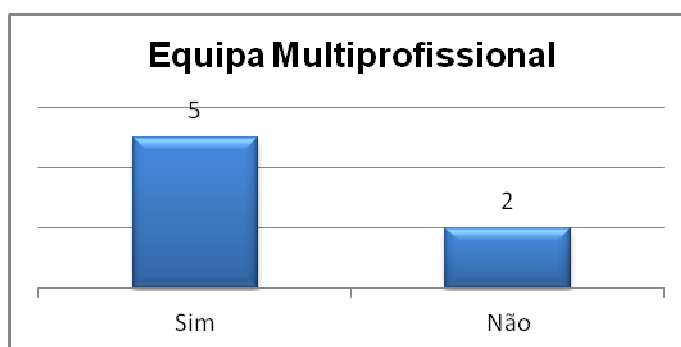


Gráfico 17: Na gestão de risco existe uma equipa multiprofissional.

No caso de existir uma equipa multiprofissional, o número de elementos da equipa varia entre 1 a 4 ou então entre 9 a 12 (taxa de resposta de 71,4%, N=5).

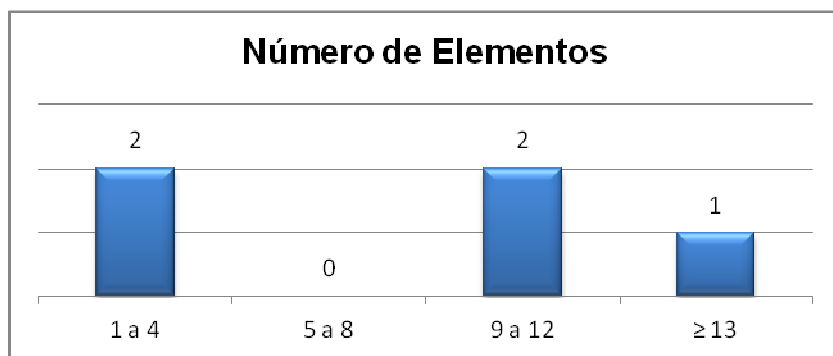


Gráfico 18: Número de elementos, agrupado em classes, que a equipa da Gestão de risco possui.

Quanto ao grupo profissional de origem do responsável pela área da Gestão de risco (taxa de resposta de 100%, N=7), na maioria é médico, existindo em duas unidades de saúde dois técnicos superiores.

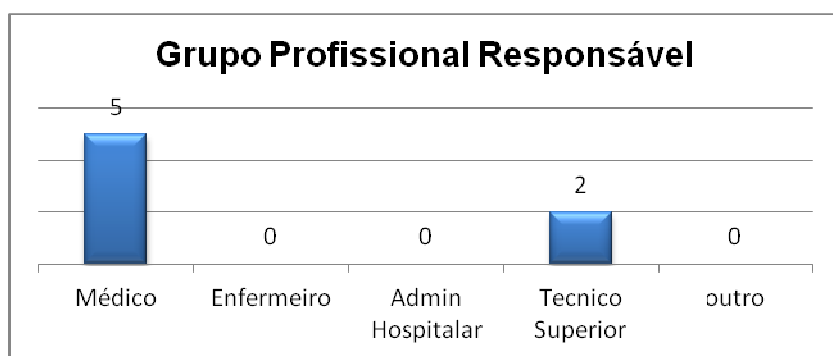


Gráfico 19: Grupo profissional responsável pela gestão de risco.

No que diz respeito aos Recursos Humanos e o tempo despendido para trabalhar na Gestão de risco, isto é, se estão a tempo inteiro ou parcial, as equipas dividem-se com elementos a tempo parcial e inteiro, sendo que há casos em que só há elementos a tempo parcial (taxa de resposta de 71,4%, N=5).

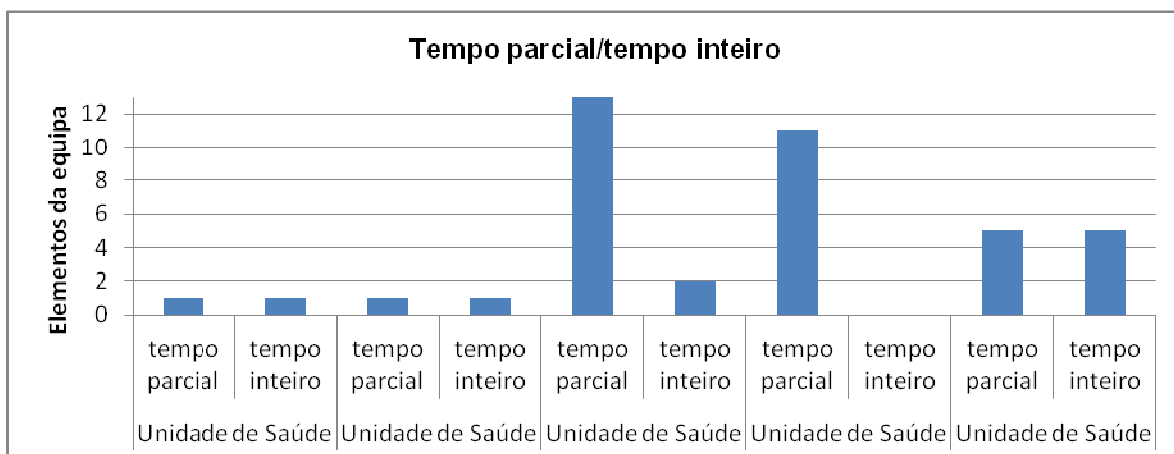


Gráfico 20: Tempo de trabalho (parcial ou inteiro), distribuídos pelos grupos de trabalho.

Relativamente à formação de quem integra a equipa da gestão do risco, na maioria das instituições esta formação é realizada (100% de taxa de resposta, N=7).



Gráfico 21: Equipa que integra a gestão de risco possui formação.

Das cinco respostas que disseram que “sim” à formação em gestão de risco, foi ainda perguntado onde é que realizaram essa mesma formação, sendo que as respostas foram: internamente no hospital (N=4) e em Portugal, França e EUA (N=1). Quanto a quem eram os formadores das respostas foram: formadores internos (N=4), formadores externos (internacionais) (N=4) e Sinase (N=1).

A maioria das equipas costuma reunir, em média, mais de 10 vezes ao ano, no entanto há equipas que nunca reúnem (taxa de resposta de 85,7%, N=6).

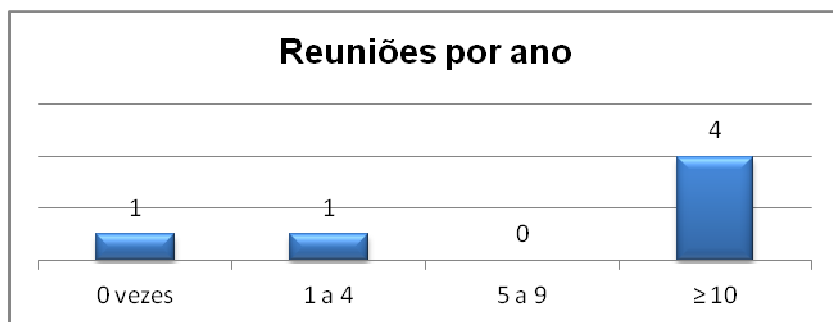


Gráfico 22: Reuniões de equipa por ano, em média.

Ainda relativamente às reuniões, na maioria estas são documentadas (taxa de resposta de 85,7%, N=6).

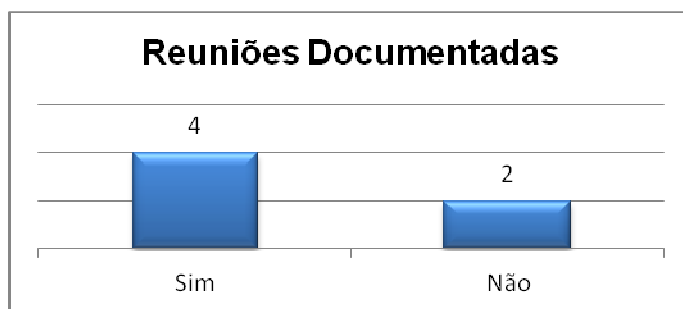


Gráfico 23: As reuniões da gestão de risco são documentadas.

No que respeita há existência de articulação entre a gestão de risco com os vários serviços clínicos da unidade de saúde, todas as instituições confirmam que existe essa articulação (taxa de resposta de 100%, N=7).

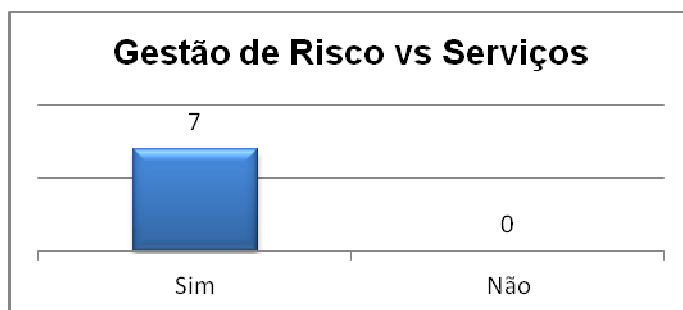


Gráfico 24: Articulação entre a Gestão de risco e os vários serviços clínicos da unidade.

Ainda no que diz respeito à articulação entre a gestão de risco e os diversos serviços clínicos, a maioria das instituições escolhe como modo de articulação os dinamizadores locais, sendo pode existir mais do que um modo de articulação na mesma unidade de saúde (taxa de resposta de 100%, N=7). Na opção “outro” as respostas foram “pareceres” e “formação”.

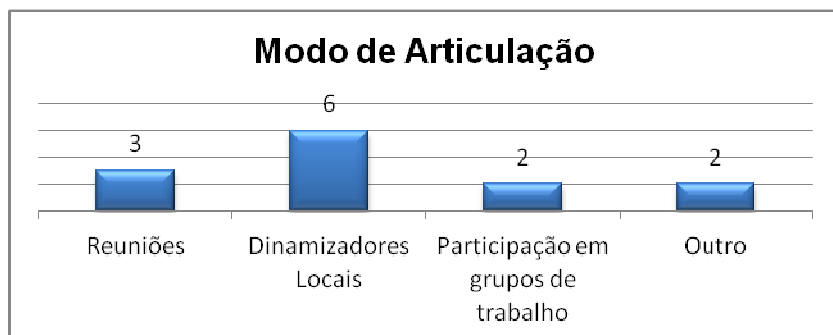


Gráfico 25: Forma como é realizada a articulação entre a Gestão de risco e os diversos serviços clínicos.

Relativamente à existência, em cada serviço, de um programa contínuo de identificação e avaliação do risco, a maioria das unidades de saúde não possuem esse programa (taxa de resposta de 100%, N=7).

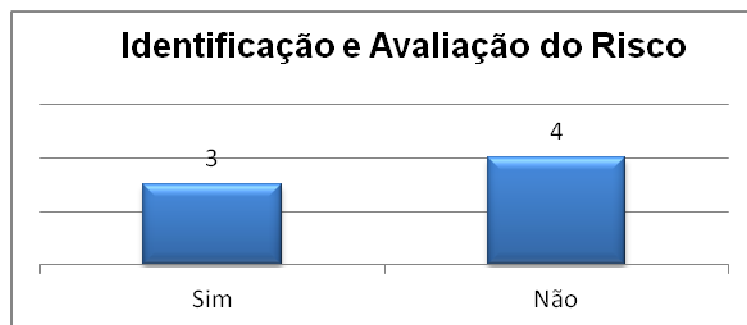


Gráfico 26: Programa de Identificação e Avaliação do Risco existente em cada serviço.

Consequentemente à existência do programa de identificação e avaliação do risco, as unidades que têm esse programa documentam os resultados (taxa de resposta de 42,9%, N=3).

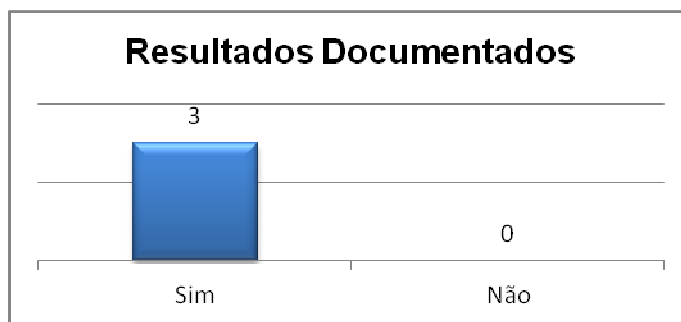


Gráfico 27: Resultados do Programa de Identificação e Avaliação do Risco são documentados.

Relativamente à existência de um Sistema de Relato de Incidentes, com uma taxa de resposta de 85,7% (N=6), todas as unidades de saúde confirmam ter esse sistema

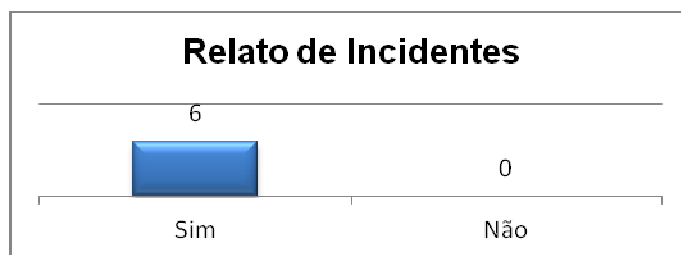


Gráfico 28: Existe um Sistema de Relato de Incidentes na Unidade de Saúde.

Das unidades que têm um programa de relato de incidentes, também têm uma política e um procedimento, datados e documentados, que especificam de que forma os incidentes, eventos adversos e quase-incidentes são relatados, geridos e investigados (taxa de resposta de 88,9%, N=6)

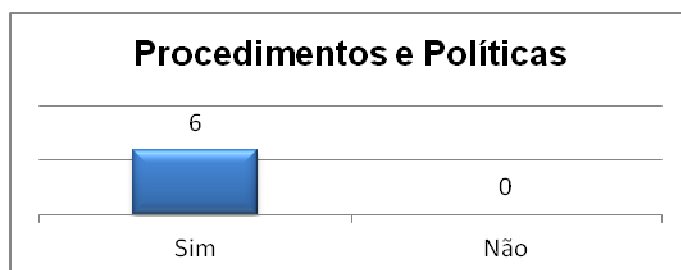


Gráfico 29: Existência de uma política e um procedimento em que é especificado de que forma os incidentes, eventos adversos e quase-incidentes são relatados, geridos e investigados.

Relativamente ao mecanismo de relatar incidentes, não há grande diferença entre o impresso e ser relatado informaticamente, como se pode verificar no gráfico , sendo que umas das unidades utiliza os dois mecanismos em simultâneo (taxa de resposta de 85,7%, N=6).

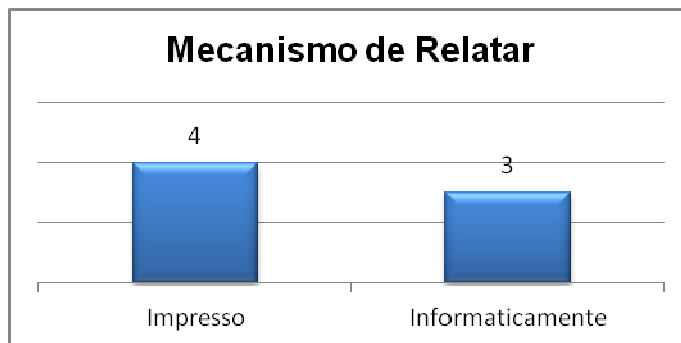


Gráfico 30: Mecanismo de relatar os incidentes: impresso próprio para relatos de incidentes ou informaticamente.

Quanto à confidencialidade do profissional de saúde em relação ao relato do incidente, os resultados dividem-se em totalmente e parcialmente anónimo (taxa de resposta de 85,7%, N=6).

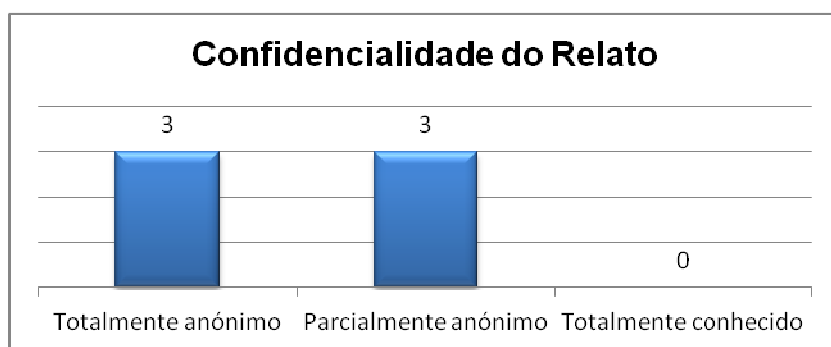


Gráfico 31: Confidencialidade do Relato em relação ao profissional de saúde.

Na maioria das unidades de saúde são produzidos sistematicamente relatórios de resumo de todos os incidentes, eventos adversos e quase-incidentes para análise e elaboração de recomendações (taxa de resposta de 85,7%, N=6).

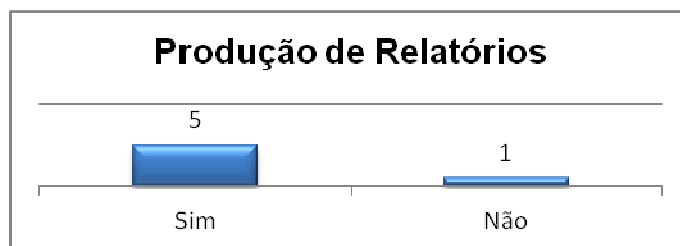


Gráfico 32: Produção de relatórios para análise e elaboração de recomendação, relativamente a incidentes, eventos adversos e quase-incidentes.

Das unidades que produzem os relatórios (taxa de resposta de 71,4%, N=5), três divulgam sempre esses relatórios e duas divulgam às vezes ao Conselho de Administração para análise e tomada de medidas.

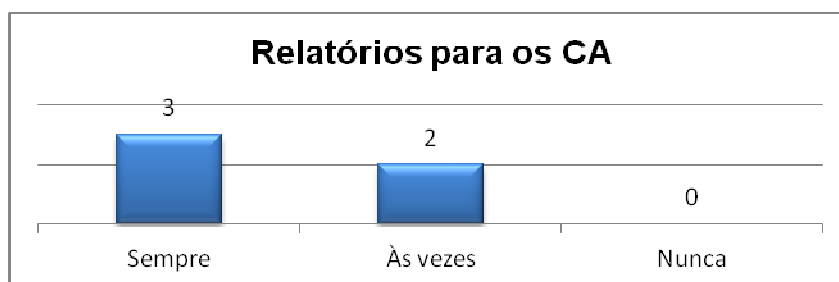


Gráfico 33: Relatórios referentes à análise e elaboração de recomendações relativamente aos incidentes, são divulgados ao Conselho de Administração.

Relativamente a quem compete investigar o incidente clínico (taxa de resposta de 85,7%, N=6), há uma grande variedade de equipas que o pode fazer, sendo que em algumas unidades há mais do que uma equipa para realizar essa investigação.

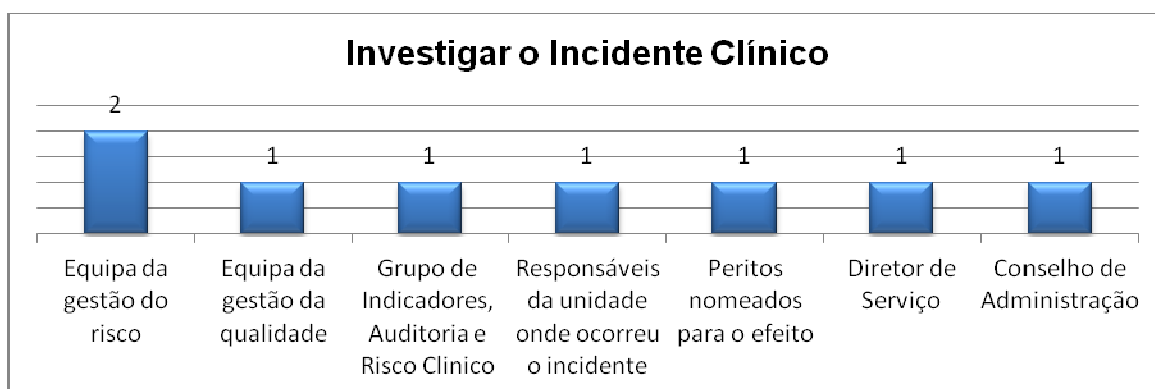


Gráfico 34: Responsável por investigar o incidente clínico.

Quanto à produção anual de um relatório de gestão do risco que abrange todos os aspectos da gestão do risco, a maioria das unidades respondeu que sim (taxa de resposta de 85,7%, N=6).

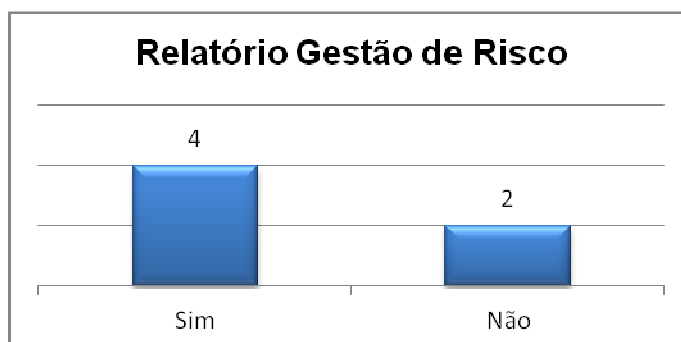


Gráfico 35: Relatório anual que abrange todos os aspectos da Gestão de risco.

Relativamente à unidade de saúde dar formação e realizar simulações com todo o pessoal sobre o papel que deve ser desempenhado por cada um na promoção da segurança das instalações e dos cuidados prestados no sentido da disponibilidade de instalações seguras e eficazes para a prestação de cuidados aos doentes, as respostas são maioritariamente positivas (taxa de resposta de 100%, N=7).

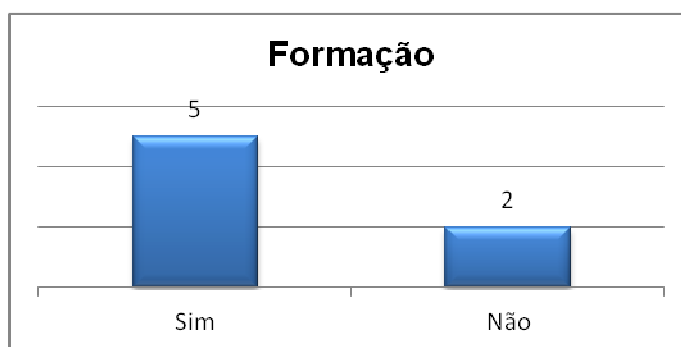


Gráfico 36: Formação sobre o papel que deve ser desempenhado por cada um na promoção da segurança das instalações e dos cuidados prestados aos doentes.

Quanto à realização regular de Auditorias Clínicas a maioria das unidades diz que esse procedimento não é feito (taxa de resposta de 100%, N=7).

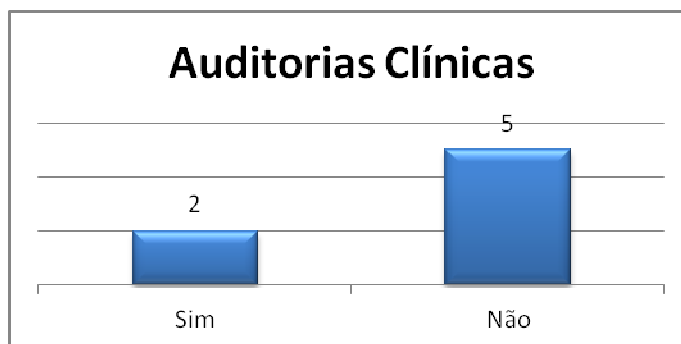


Gráfico 37: São realizadas regularmente Auditorias Clínicas.

Quando são realizadas as auditorias, os relatórios das mesmas são discutidos em contexto de grupo de trabalho, para três unidades (taxa de resposta de 71,4%, N=5).

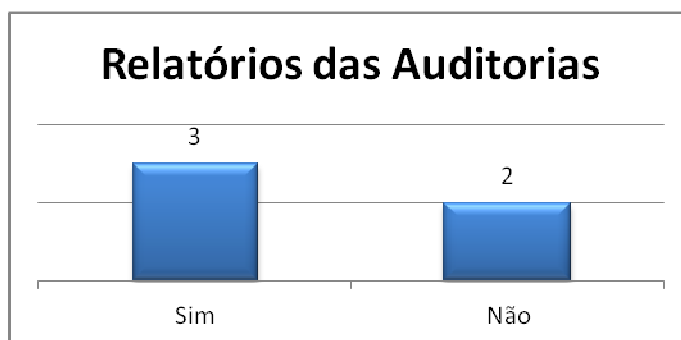


Gráfico 38: Discussão em contexto de grupo de trabalho dos relatórios das auditorias.

Relativamente à monitorização de indicadores de qualidade e de segurança clínicos, a maioria das unidades garante que realiza esse processo (taxa de resposta de 100%). Foram indicados vários indicadores que são monitorizados: mortalidade, reinternamento, quedas, úlceras de pressão, *check-list* cirúrgica, infeções, idas à urgência após a alta, objetivos internacionais de segurança do doente.

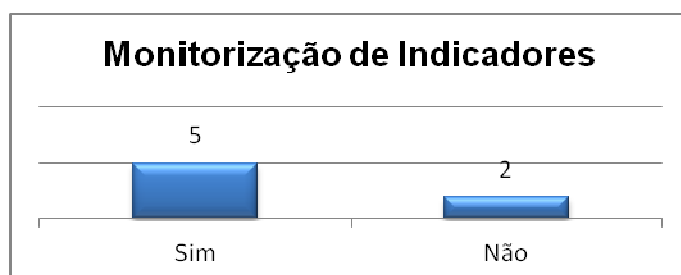


Gráfico 39: Monitorização de Indicadores de Qualidade e de Segurança clínicos.

Foi pedido que por grau de importância (1º para o mais importante... 5º para o menos importante) se ordenasse os factores considerados essenciais para o sucesso de um programa de gestão de risco, sendo esses factores os meios financeiros, os recursos humanos, as instalações e equipamentos, a colaboração dos profissionais, o envolvimento do Conselho de Administração e outros (taxa de resposta de 100%, N=7). Tendo em conta a moda (valor mais frequente) de cada factor, foi possível verificar que o factor considerado mais importante foi o envolvimento do Conselho de Administração e o menos importante foi as instalações e equipamentos. Na opção “outro” houve uma unidade de saúde que classificou como mais importante, ou seja, número 1 a “cultura de segurança” e outra unidade classificou com o número 2 o “programa informático”.

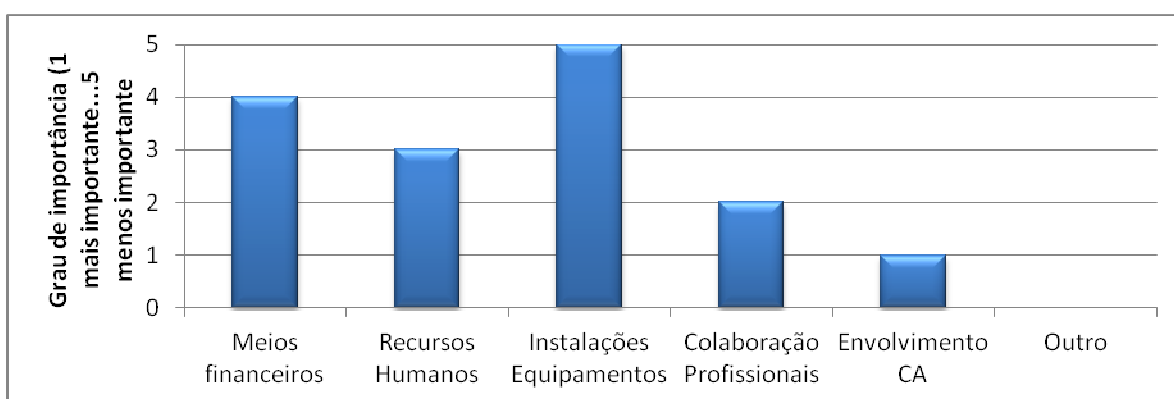


Gráfico 40: Grau de importância de factores essenciais para o sucesso do programa de gestão de risco.

Quanto à classificação da unidade de saúde em termos de ambiente de trabalho seguro para o doente (taxa de resposta de 100%, N=7) as respostas variam entre o “muito bom” e o “razoável”.

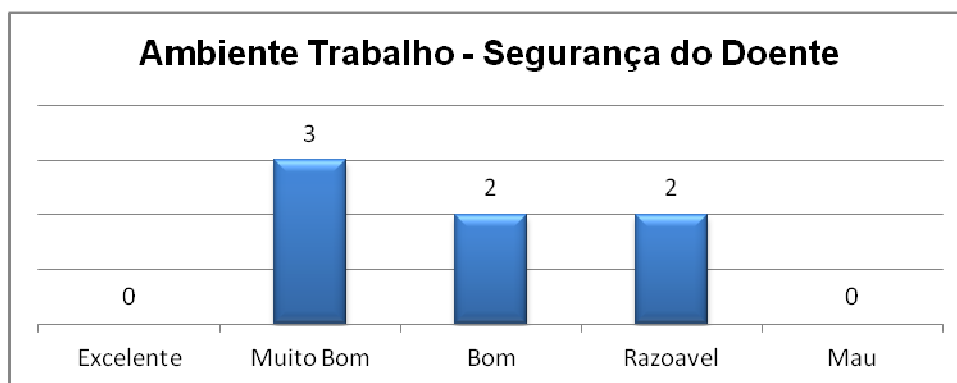


Gráfico 41: Opinião pessoal relativamente ao ambiente de trabalho em termos de segurança para o doente.

6.1. Limitações do Estudo e Implicações

Durante a realização de qualquer investigação científica, podem surgir limitações, as quais podem não ser ultrapassadas. No caso particular desta investigação, existiram algumas dificuldades, nomeadamente: a quantidade de questionários respondidos e o facto de nem sempre todas as perguntas do questionário terem uma taxa de resposta de 100%. Outra dificuldade foi o tempo de espera até obter os questionários respondidos, pois a autorização dos Conselhos de Administração demorou bastante tempo, o que atrasou todo o processo de tratamento de dados e consequentemente discussão de resultados.

7. Discussão de resultados

“Nunca faço previsões. Apenas olho através da janela e vejo o que é visível, mas que não foi visto.” Peter Drucke (1997)

Depois de explanados os dados obtidos através do questionário, procura-se neste capítulo, com a devida responsabilidade que é evidenciar dados de uma realidade, desenvolver uma análise crítica com base nos resultados obtidos. Partindo do cruzamento da matriz teórica desenvolvida no enquadramento, ambiciona-se desenvolver um elenco de dimensões que reproduza o contexto organizacional em estudo.

Assim, em relação aos programas de acreditação e certificação (como a ISO 9000), das sete unidades de saúde, apenas uma não é acreditada e outra não é certificada. Como tal, é espectável que as unidades acreditadas/certificadas obedeçam a um determinado conjunto de requisitos (padrões), concebidos para conseguir melhorias na segurança e na qualidade da prestação de cuidados.

Todas as unidades afirmam que têm a gestão de risco implementada, sendo a gestão de risco definida, no questionário, como a identificação e análise dos riscos, com tomada de medidas necessárias para minimizar os danos potenciais ou reais até níveis aceitáveis pela organização. No entanto, a denominação da entidade que desenvolve a gestão do risco varia entre “serviço”, “comissão” e “gabinete de gestão do risco”, ou seja, não é consensual a denominação da entidade onde a gestão de risco está enquadrada na organização. O que até pode significar que nas escolhas “serviço” e “comissão”, a gestão de risco é dependente de outro serviço, como por exemplo, a comissão de controlo de infeção. As unidades que escolheram “gabinete de gestão de risco”, pressupõe-se que seja uma entidade única a tratar deste assunto.

É notável que a gestão de risco tem uma relação com a gestão de topo, visto que as sete unidades afirmaram que a entidade foi nomeada pelo CA, o que vem provar que a gestão de topo preocupa-se com os riscos e os erros existentes, tentando colmatar esses problemas tornando a organização mais eficaz e competitiva. Contudo cinco entidades dependem directamente do CA e duas dependem de um membro do CA, e sendo a gestão de risco uma entidade que deve ser transversal na organização, deveria depender exclusivamente da gestão de topo.

De acordo com as condições de trabalho da equipa da gestão de risco, a maioria possui tanto instalações próprias, como equipamentos adequados. Não menosprezando as equipas

que não têm estas condições (N=2), apesar de serem poucas fica a questão de como é que conseguem desempenhar um bom trabalho, sem as condições mínimas.

Relativamente à existência de uma estratégia/plano de ação datada e documentada para a gestão de risco, elaborada com base nos objetivos da organização, das sete unidades apenas duas referiram que não possuem esse plano, o que apesar de ser a minoria, ao referir que está implementada a gestão de risco, é espectável que a equipa tenha um plano onde possa definir objetivos, quais as medidas que tomam para gerir o risco e mesmo as características do sistema de relato de incidentes, sendo que ficará a questão de como é que as equipas que não têm este plano de ação conseguem desenvolver o seu trabalho. Das cinco unidades que têm esse plano de ação, este é comunicado a todo o pessoal, de forma a assegurar que todos estão cientes das suas responsabilidades relativamente à prevenção e controlo de risco, o que mostra uma preocupação em incutir a cultura de qualidade em todos os profissionais. Existindo várias formas de fazer a comunicação do plano de ação, o mais comum nas cinco unidades é através de documentos escritos e publicados para todos.

De uma maneira geral, a gestão de risco é articulada com outras entidades, sendo que todas as unidades escolheram a opção “Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar” e “Higiene e Segurança dos Profissionais”, o que realça o facto da gestão de risco não ser vista como uma estrutura à parte. A forma como essa articulação é feita, varia entre reuniões e pareceres, na sua maioria.

Quanto às equipas da gestão de risco, estas são maioritariamente pequenas e multiprofissionais, com um responsável médico e trabalham na maioria a tempo parcial. O trabalho em equipa ajuda a lidar com os problemas de qualidade que atravessam transversalmente as funções, melhora a comunicação vertical e horizontal dentro da equipa, reduz substancialmente tanto o número de erros como o potencial do erro para a gravidade da situação. O facto das equipas serem pequenas ajuda a ficarem eficientes e eficazes, e a posição do líder, ajuda a equipa a vencer barreiras que possam eventualmente aparecer. Contudo, as equipas necessitam de tempo suficiente para trabalharem nos problemas que pretendem resolver, todavia nos resultados obtidos a maioria trabalha a tempo parcial, ou seja, para além da carreira profissional de base, dedicam umas horas à gestão de risco, podendo ser essas horas suficientes, ou não.

Ainda em relação às equipas, a maioria tem formação na área da gestão de risco, que foi realizada internamente ou até mesmo fora de Portugal, através de formadores internos e externos. A formação das equipas é extremamente importante, tendo em conta que a gestão de risco envolve todos os níveis da organização, é necessário entender os objetivos e a

relevância clínica da estratégia da gestão de risco. Fazer melhorias, entender os principais tipos de incidentes que podem levar a eventos adversos, saber como utilizar as informações a partir dos relatórios de incidentes e dos relatórios de melhoria de qualidade para controlar os riscos, são exemplos de estratégias de gestão de risco (Walshe, 2001), e que necessariamente a equipa tem que dominar estes conceitos. Em termos de reuniões, as equipas reúnem mais de 10 vezes ao ano, sendo que maioritariamente essas reuniões são documentadas, mas há casos em que não são.

Em todas as unidades de saúde existe articulação entre a gestão de risco e os vários serviços clínicos, sendo que essa articulação é, na sua maioria, realizada através de dinamizadores locais.

Relativamente ao programa de identificação e avaliação do risco, três unidades de saúde referiram que têm este programa (documentando os resultados obtidos), no entanto quatro das sete unidades afirmaram que não fazem a identificação e avaliação do risco. Logo, há unidades que afirmam que têm a gestão de risco implementada, porém não realizam um dos objetivos principais neste âmbito.

Quanto ao sistema de relato de incidentes, das seis respostas obtidas, todos referiram que têm este sistema e que possuem uma política e um procedimento, em que especificam de que forma os incidentes, eventos adversos e quase-incidentes são relatados, geridos e investigados, sendo que utilizam como mecanismo de relato, tanto o impresso próprio como informaticamente. Este relato relativamente ao anonimato foi referido, tanto como totalmente ou parcialmente anónimo, o que pode ser negativo para a equipa que vai tratar os incidentes, pois se não souberem quem está envolvido no relato não podem investir na formação para que não volte a acontecer o mesmo, contudo o facto de dar conhecimento de quem fez o relato pode desproteger o profissional de saúde, pois em Portugal não existem leis que possam proteger o profissional nestes casos. Relativamente à equipa que investiga os incidentes, nem sempre essa função pertence à gestão de risco, podendo existir outras equipas com esta competência.

Ainda em relação ao relato de incidentes, apenas uma unidade de saúde refere que não produz relatórios de resumo de todos os incidentes, eventos adversos e quase-incidentes para análise e elaboração de recomendações, e das que produzem estes relatórios, duas nem sempre os divulgam ao CA para a tomada de medidas. Neste caso, se todas as áreas da gestão de risco foram nomeadas pelo CA e se são produzidos relatórios para análise e elaboração de recomendações, a equipa da gestão de risco deveria dar conhecimento dos incidentes à gestão de topo, caso contrário torna-se difícil a tomada de decisões para a melhoria da qualidade na organização.

Relativamente às auditorias clínicas, a maioria afirma que estas não são realizadas regularmente, e ainda quando realizadas nem sempre são discutidos os relatórios das auditorias em contexto de grupo de trabalho. Existe nesta matéria, alguma contradição, pois se as unidades de saúde são acreditadas, não faz sentido que não existam auditorias clínicas regulares.

Quanto aos indicadores clínicos de qualidade e de segurança, são na sua maioria monitorizados.

Por grau de maior importância, os fatores essenciais para o sucesso de um programa de gestão de risco foram ordenados da seguinte maneira: envolvimento do CA, colaboração dos profissionais, recursos humanos, meios financeiros e por fim as instalações e equipamentos. Ao considerar o envolvimento do CA como mais importante para o sucesso da gestão de risco, tem que existir da parte da equipa também uma preocupação em envolver a gestão de topo, pois voltando um pouco atrás, por exemplo há casos em que o CA não recebe relatórios dos relatos de incidentes.

Por fim, de uma maneira geral, as unidades de saúde são consideradas como tendo um muito/bom ambiente de trabalho seguro para o doente, o que pode não ir de encontro a todos os aspetos anteriormente referidos, pois de acordo com os resultados obtidos, há questões que merecem ser esclarecidas para realmente se perceber se esse ambiente de trabalho é efetivamente seguro para o doente.

8. Conclusões

A qualidade dos serviços de saúde deve ser encarada como uma questão essencial e intrínseca à prestação de cuidados e não apenas como uma dimensão desejável. Por isto, as políticas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados nos serviços de saúde constituem hoje um imperativo nacional, que implica necessariamente uma alteração na forma como os hospitais têm vindo a ser estruturados, no sentido de encontrar soluções para identificar ganhos em saúde e aumentar a qualidade e a satisfação dos doentes e dos profissionais de saúde.

O risco não pode ser eliminado na sua totalidade, pelo que ao ser adoptado um programa de gestão de risco, irão ser desenvolvidas medidas que contribuam para a deteção e consequente redução e/ou eliminação dos problemas identificados.

Perante os resultados, crê-se que este estudo venha proporcionar, como primeiro impacto, oportunidades para as organizações, pois sendo a boa gestão do risco crucial para a promoção da segurança do doente, deve existir, em cada unidade de saúde, uma estrutura e uma estratégia explícita de gestão do risco clínico. Surge assim, uma das conclusões principais deste estudo, pois de acordo com os resultados emergiram dúvidas sobre se realmente o conceito de gestão de risco é entendido nas organizações. Isto porque, apesar de ter sido afirmado que a gestão de risco está implementada e de considerarem, de uma maneira geral, que o ambiente de trabalho é bom para a segurança do doente, existem aspetos importantes que fazem parte das atribuições da gestão de risco, como a avaliação e identificação de risco, que nem todas as unidades referiram realizar, bem como não realizarem regularmente auditorias clínicas.

A melhoria da organização comporta aspetos relacionados com a criação de normas e procedimentos mais eficientes para a organização, pelo incentivo à participação e ao reporte do erro, com o objetivo de promover a aprendizagem constante, de forma a poder atingir os objetivos que a organização se predispôs. É importante que todos os profissionais tenham conhecimento da existência de documentação sobre o departamento da gestão de risco, no qual são enumeradas as áreas de atuação, os procedimentos e normas criadas, o plano de atividades proposto, o orçamento, entre outros aspetos importantes à sua gestão.

Outra das conclusões principais é relacionada com a estratégia nacional, pois apesar do Departamento da Qualidade na Saúde ter desenvolvido várias ações (Diário da República, 2.^a série — N.º 120 — 24 de Junho de 2009), é esperado que estas ações sejam monitorizadas e vigiadas de modo a serem cumpridas, o que durante a revisão bibliográfica, não foram encontrados dados neste sentido.

Em súmula, o que existe a nível nacional em termos de estratégias para a gestão de risco, não são cumpridas na sua totalidade nas organizações de saúde, isto porque essas estratégias não estão bem definidas nem são monitorizadas. No entanto apesar de todas as condições a que as organizações estão sujeitas, não se pode menosprezar o trabalho que têm vindo a desenvolver, mesmo que sem objetivos impostos a nível do Ministério. Não se pode afirmar que há um mau trabalho, apenas cada organização trabalha um pouco à sua maneira. Torna-se então fundamental estabelecer algumas regras: ou o Ministério da Saúde define e faz cumprir as suas normas em relação à gestão do risco para todas as organizações de saúde, ou então cada unidade de saúde estabelece as suas normas e os seus procedimentos, podendo ir de acordo com os programas de acreditação a que estão sujeitas, tendo como inconveniente que não será possível realizar o *benchmarking* entre unidades.

Após concluir este estudo ainda ficaram algumas questões por esclarecer, sendo que como recomendações futuras, seria importante verificar se:

- Alargando a população o resultado poderia ser diferente;
- Incluir os hospitais privados, no sentido de perceber se têm estruturada a gestão de risco distintamente dos hospitais públicos;
- Estudar cada hospital dos centros hospitalares, para verificar se a organização funciona uniformemente.

9. Bibliografia

- ASHRM - American Society for Healthcare Risk Management. A Brief History of ASHRM: 1980-2010.[Em linha] Chigado: American Society for Healthcare Risk Management, 2010. [Consult. 22 Jul. 2012]. Disponível em: http://www.ashrm.org/ashrm/about/history/a_brief_history_of_ashrm/
- Australian/New Zeland standart on risk management. AS/NZS 4360: 2004.
- BANK, J. - The Essence of Total Quality management. Mem Martins: Edições Cetop, 1998.
- BISCAIA, J. L. – Qualidade em saude : uma perspectiva conceptual. **Revista Qualidade em Saude**. 6 (2002) 6-10.
- BOTO, P.; COSTA, C.; LOPES, S. - Acreditação, *benchmarking* e mortalidade. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 7 (2008) 103-116.
- BRENNAN, T.; LEAPE, L.; LAIRD, N. et al. - Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. **N Engl J Med**. 324 (1991) 370-6.
- CABRAL, A.; COLAÇO, M.; GUERREIRO, G. – Qualidade: Tendências, Qualificações e Formação. Lisboa: INOFOR, 2001.
- CAMPOS, L.; BORGES, M.; PORTUGAL, R. - Governação dos Hospitais 1ª Ed. Lisboa: Casa das Letras, 2009.
- CAMPOS, L.; SATURNO, P.; CARNEIRO, A.V. – Plano Nacional de Saúde 2011-2016. A Qualidade dos Cuidados e dos Serviços. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, 2010.
- CATSAMBAS, T. T. et al. — The evaluation of quality assurance : developing and testing practical methods for managers. **International Journal for Quality in Health Care**. 14 : Suppl. 1 (2002) 75-81.
- CENTER FOR PERFORMANCE SCIENCES — International Quality Indicator Project (IQIP). [Em linha]. Elkridge, Maryland: Center for Performance Sciences, 2002. [Consult. 27.07.2012] Disponível em <http://www.internationalqip.com/>.
- COELHO, J. - Lógica de Acção dos Actores na Construção da Qualidade organizacional dos Serviços de Saúde: Estudo de caso de um Hospital do Serviço Nacional de Saúde. Universidade de Évora, 2006. Dissertação elaborada no âmbito do Curso de Sociologia ministrado pela Universidade de Évora.
- DECRETO-LEI n.º 413/71, de 27 de Setembro.
- DELGADO, M. - A melhoria contínua da qualidade. In CAMPOS, L.; BORGES, M.; PORTUGAL, R. - Governação dos hospitais. Alfragide: Casa das Letras, 2009.
- DEPARTMENT OF HEALTH. - The new NHS: modern, dependable. [Em linha] London: NHS. [Consult. 14 Set. 2012]. Disponível em <http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/newnhs/contents.htm>.

- DEWAR, S. - Collaborating for quality: the need to strengthen accountability. **Journal of Interprofessional Care**. (2000) 31-38.
- DIÁRIO DA REPÚBLICA, 2.^a série — N.º 120 — 24 de Junho de 2009.
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DA QUALIDADE NA SAÚDE - Programa Nacional de Acreditação em Saúde. [Em linha] Lisboa: Ministério da Saúde. [Consult. 17 Abril 2012] Disponível em http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgs/content/page_46/programanacionaldeacreditacaoemsaude.pdf.
- DoH - The new NHS Modern and Dependable. [Em linha] London: The Stationary Office. [Consult. 8 Maio 2012] Disponível em. <http://www.archive.officialdocuments.co.uk/document/doh/newnhs/contents.htm>
- DONABEDIAN, A. - The role of outcomes in quality assessment and assurance. **Qual Rev Bull**. 19 (1991).
- DONABEDIAN, A. – Selecting approaches to assessing performance. In DONABEDIAN, A. — An introduction to quality assurance in health care. Oxford: Oxford University Press, 2003.
- EIRIZ, V.; FIGUEIREDO, J. - Uma abordagem em rede à avaliação da qualidade dos serviços de saúde. **Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão**. 3 (2004) 20-28.
- FERREIRA, F. A. G. - História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal. Lisboa : Fundação Calouste Gulbenkian, 1990.
- FORTIN, M.-F. - O Processo de Investigação: da Concepção à Realização. Loures: Lusociência, 2000
- FRAGATA, J.; MARTINS, L. - O erro em medicina: perspectivas do individuo, da organização e da sociedade. Coimbra: Edições Almedina, 2004
- FRAGATA, J. - Segurança dos Doentes: uma abordagem prática. Lisboa: Lidel, 2011
- FRANÇA, M. - Gestão da qualidade e inovação em saúde. In ESCOVAL, A. - Inovação, sustentabilidade e valor em saúde. Lisboa: Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (APDH), 2008.
- GIARELLI, G. - Le connessioni possibili: i sistemi di miglioramento della qualità. In Cipola, C. et al. - Valutare la qualità in sanità. Milão: Angeli, 2002.
- GHIGLIONE, R.; MATALON, B. - O Inquérito, Teoria e Prática. Oeiras: Celta Editora, 1992.
- HALLIGAN, A.; DONALDSON, L. - Implementing clinical governance: turning vision into reality. **BMJ**. 322 (2001) 1413–7.
- IoM. Medicare: A strategy for quality assurance. Washington: National Academies Press, 1990.
- JOINT COMMISSION INTERNACIONAL - Padrões de Acreditação da Joint Commission Internacional para Hospitais. **Joint Commission International**. 3 (2008) ISBN:978-1-59940-141-6.

- JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Joint Commission International Accreditation Hospital Survey Process Guide. **Joint Commission Internantional**. 4th Edition (2011).
- KOCH, H. - Obstacles to Total Quality in Health Care. **International Journal of Health Care Quality Assurance**. 4 (1991) 30-31.
- LAGE, M. - Segurança do doente: da teoria à prática clínica. **Rev Port Saúde Pública**. 10 (2010) 11-16.
- LEAPE, L. - Errors in medicine. **Clin Chim Acta**. 404 (2009) 2-5.
- LEAPE, L.; BRENNAN, T.; LAIRD, N. et al. - The nature of adverse events in hospitalized patients. **N Engl J Med**. 324 (1991) 377-84.
- LEITÃO, M. - À procura de uma actuação sustentável rumo à excelência. Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, 2005. Dissertação elaborada no âmbito do Curso de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde ministrado pelo ISCTE.
- LOPES, A.; CAPRICHIO, L. - Manual de Gestão da Qualidade. 1ª Edição. Lisboa: Editora RH Lda, 2007
- MASSOUD, R. - A Modern paradigm for Improving Healthcare Quality. Bethesda, Maryland: US Agency for Internacional Development by the Quality Assurance Project, 2001.
- MCCAFFREY, J.; HAGG-RICKERT, S. - Development of a Risk Management Program. In CARROLL, Roberta et al – Risk Management Handbook for Health Care Organizations. 4ª ed. Chicago: American Society for Healthcare Risk Management, 2004, ISBN: 0-7879-6797-1.
- MCLOUGHLIN, V.; MILLAR, J.; MATTKE, S.; et al. - Selecting indicators for patient safety at the health system level in OECD countries. **International Journal for Quality in health Care**. (2006) 14-20.
- MEZOMO, J. – Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos. 1ª edição. São Paulo: Manole, 2001.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2004.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Relatório Técnico. Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2011.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Saúde, um compromisso – a Estratégia de Saúde para o virar do século. Lisboa: Ministério da Saúde, 1999.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DA QUALIDADE NA SAÚDE. Programa Nacional de Acreditação. Lisboa: DGS, 2009.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DA QUALIDADE NA SAÚDE. Manual de Acreditação das Unidades de Saúde. Lisboa: DGS, 2011.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE. A Organização Interna e a Governação dos Hospitais. 2010.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. ARSLVT. Nos 30 anos do SNS: Governação dos hospitais: conclusões de um grupo de trabalho da ARSVLT. Lisboa: Administração de Lisboa e Vale do Tejo. Ministério da Saúde, 2009.
- MOORES, B. - A glossary of terms encountered in quality and customer service. **International Journal of Health Care Assurance**. 9 (1996) 24-36.
- OAKLAND, J. - Total Quality Management, 2ª edição. Great Britain: Licensin Agency Ltd, 1993.
- OLIVEIRA, JACINTO – Gestão do risco hospitalar: perspectiva multiprofissional. **Revista Ordem dos Enfermeiros**. 19 (Dezembro 2005) ISBN: 1646-2629.
- ØVRETVEIT, J. - Quality assessment and comparative indicators in the Nordic countries. **International Journal of Health Planning and Management**. (2001) 229-241.
- PEREIRA, M. A qualidade na gestão dos serviços de saúde. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 13 (1995) 5-10.
- PISCO, L. - Missão, Visão, Princípios e Valores. **Revista Qualidade em Saúde**. 1 (2000) 3 – 4.
- PISCO, L. - Perspectivas sobre a qualidade na saúde. **Revista Qualidade em Saúde**. 5 (2001) 4-6.
- PISCO, L. - Avaliação ou motivação. **Revista Qualidade em Saúde**. 10 (2004) 4-6.
- PISCO, L. - Instituto da Qualidade em Saúde em demanda de melhores serviços. **IQS**. (2007) 12-13.
- PISCO, L.; BISCAIA, J. - Qualidade de cuidados de saúde primários. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 2 (2001) 43-51.
- REASON, J. - Human error: models and management. **BJM**. 320 (2000) 768-770.
- REIS, E.; SANTOS, F.; CAMPOS, F. et al. - Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde. Notas Bibliográficas. **Cadernos de Saúde Pública**. (1990) 50-61.
- REGO, A.; CUNHA, M. - A essência da liderança: mudança x resultado x integridade. Lisboa: Editora RH, 2003.
- SAKELLARIDES, C. O sistema de saúde e a sua evolução: da protecção social à governação da saúde. Lisboa: ENSP, 2004.
- SAKELLARIDES, C. et al. O futuro do sistema de saúde português: “Saúde 2015”. Lisboa: ENSP, 2004.

- SCALLY, G.; DONALDSON, L. - Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. **British Medical Journal**. (1998) 61-65.
- SCHEIN, E. - Organizational culture and leadership. San Francisco, ca: Jossey-Bass, 1997.
- SERAPIONI, M. - Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Crítica de Ciências Sociais**. (2009) 65-92.
- SILVA, A. S.; VITORINO, A.; ALVES, C. F. et al. - O Livro Branco sobre a Corporate Governance em Portugal. Lisboa: Instituto Português da Corporate Governance, 2006.
- SIMPATIE Project (2007). Safety Improvement for Patients in Europe. [Em linha] Netherlands: SIMPATIE Project. [Consult. 31 Agosto 2012]. Disponível em <http://www.simpatie.org/Main>
- SOUSA, P. - Patient Safety: A necessidade de uma Estratégia Nacional. **Acta Med Port**. (2006) 309-318.
- SOUSA, P., PINTO, F., COSTA, C. et al. - A Avaliação da qualidade em saúde: a importância do ajustamento pelo risco na análise de resultados na doença coronária. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 7 (2008) 57-65.
- SOUSA, P. - Qualidade em Saúde: da definição de políticas à avaliação de resultados. TMQ Qualidade - A Qualidade numa perspectiva multi e interdisciplinar. Lisboa: Sílabo, 2010.
- STAREY, N. - What is Clinical Governance?. **Hayward Medical Communication**. 1 (2003) 1-7. Disponível em: www.evidence-based-medicine.co.uk.
- TAYLOR-ADAMS, S.; VICENT, C. - Systems analysis of clinical incidents: The London Protocol. **Clin Risk**. 10 (2004) 211-220. Doi:10.1258/1356262042368255
- WALSHE, K. - The development of clinical risk management. In: VINCENT, C. ed. Clinical risk management: enhancing patient safety. London: British Medical Journal Books, 2001.
- WHO – World Health Organization. World Alliance for Patient Safety: forward programme. Suíça: World Health Organization, 2005. ISBN 92 4 159244 3
- WHO – World Health Organization. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. Suíça: World Health Organization, 2006. ISBN 92 4 156324 9
- WHO – World Health Organization. The conceptual framework for the international classification for patient safety. Suíça: World Health Organization, 2009.

III –Anexos

Anexo 1 – Pedidos de autorização para o Conselho de Administração

Assunto – Caracterização das Estruturas de Qualidade e Segurança do Doente
Inquérito por questionário

Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração (nome).

Venho por este meio solicitar a autorização de V. Ex.^a para a aplicação de um questionário sobre as Estruturas de Qualidade e Segurança do Doente, no (local).

O meu nome é Vanessa Alexandra Santos Pereira e sou aluna do I Curso de Mestrado em Segurança do Doente que é leccionado na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), sendo este projeto de investigação integrante do plano curricular do referido curso.

Muito resumidamente, os objetivos deste estudo são: caracterizar as estruturas de qualidade e segurança do doente, na área de Lisboa e Vale Tejo, de modo a descrever se existem planos de atividade/ação; quais as áreas abrangidas pela gestão do risco; qual a gestão dos recursos humanos nessa área (estrutura orgânica, formação). Sendo que a população alvo deste estudo são todos os hospitais públicos da área de Lisboa e Vale do Tejo, não tendo qualquer tipo de envolvimento com os doentes.

O questionário, seria preenchido pela pessoa responsável pela Estrutura de Qualidade e Segurança do Doente.

Se estiver interessado, poderei fornecer-lhe os resultados deste estudo. Estou inteiramente ao seu dispor para esclarecer quaisquer dúvidas ou prestar informação adicional sobre este projeto de investigação, através do e-mail vanessa.pereira87@gmail.com.

Aguardo a sua autorização,

Muito Obrigado,
Com os melhores cumprimentos,
Vanessa Pereira

Anexo 2 – Questionário

Assunto – Caracterização das Estruturas de Qualidade e Segurança do Doente
Inquérito por questionário

Venho por este meio solicitar a V. Ex.^a a sua imprescindível colaboração na realização de um projeto de investigação sobre as Estruturas de Qualidade e Segurança do Doente.

O meu nome é Vanessa Alexandra Santos Pereira e sou aluna do I Curso de Mestrado em Segurança do Doente que é leccionado na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), sendo este projeto de investigação integrante do plano curricular do referido curso.

Muito resumidamente, os objetivos deste estudo são: caracterizar as estruturas de qualidade e segurança do doente, na área de Lisboa e Vale Tejo, de modo a descrever se existem planos de atividade/ação; se existe a política de relato de incidentes (base de dados e análise dos incidentes relatados); quais as áreas abrangidas pela gestão do risco; qual a gestão dos recursos humanos nessa área (estrutura orgânica, formação).

Gostaria que o questionário, em anexo, fosse preenchido por V. Ex.^a na qualidade de responsável pela Estrutura de Qualidade e Segurança do Doente. Terá questões maioritariamente fechadas e o tempo de leitura e resposta não deverá ultrapassar os 15 minutos. O sigilo da informação disponibilizada não será comprometido já que em caso algum o nome do hospital será mencionado relativamente a dados individualizados.

Caso queira colaborar, peço que me devolva o questionário devidamente preenchido, até ao dia 20 de Maio. Para tal, poderá enviar por e-mail, para vanessa.pereira87@gmail.com ou enviar por fax para a ENSP com o n.º 21 758 27 54 (Ao cuidado de: Vanessa Pereira, I MSD).

Se estiver interessado, poderei fornecer-lhe os resultados deste estudo. Estou inteiramente ao seu dispor para esclarecer quaisquer dúvidas ou prestar informação adicional sobre este projecto de investigação, através do e-mail vanessa.pereira87@gmail.com.

Muito Obrigado,
Com os melhores cumprimentos,
Vanessa Pereira

Nota: Defino Estrutura de Qualidade e Segurança do Doente, como qualquer gabinete/comissão/departamento que seja nomeado pelo Conselho de Administração, e onde seja realizada a Gestão de Risco.

Questionário

Identificação pessoal: categoria profissional ou cargo

1) Identificação da Unidade de Saúde (poderá escolher mais que uma opção):

- ☐ Hospital Público
- ☐ Hospital Privado
- ☐ Hospital Geral
- ☐ Hospital Distrital
- ☐ Hospital Universitário

2) A unidade de saúde participa num programa de acreditação:

- ☐ *Joint Commission International (JCI)*
- ☐ *Caspe Healthcare Knowledge Systems (CHKS)*
- ☐ Agência da Qualidade Sanitária de Andaluzia
- ☐ Outro, qual? _____
- ☐ Nenhum

3) A unidade de saúde participa em programas de certificação, como a ISO 9000?

- ☐ Sim
- ☐ Não

4) A unidade de saúde participa no *International Quality Indicator Project* (IQIP-avaliação de desempenho clínico)

- ☐ Sim
- ☐ Não

5) A gestão do risco (Identificação e análise dos riscos e danos, com tomada de medidas necessárias para minimizar os danos potenciais ou reais até níveis aceitáveis pela organização) está implementada na unidade de saúde?

- ☐ Sim
- ☐ Não

6) Denominação da entidade que desenvolve a gestão do risco na instituição:

- ☐ Departamento
- ☐ Área
- ☐ Serviço
- ☐ Sector
- ☐ Comissão
- ☐ Outro, qual? _____

7) Essa entidade foi sujeita a nomeação pelo Conselho de Administração?

- ☐ Sim
- ☐ Não

8) Qual o posicionamento da área responsável pela coordenação do programa de gestão de risco, na estrutura organizacional do hospital:

- ☐ Dependência direta do Conselho de Administração
- ☐ Dependência de um membro do Conselho de Administração. Qual? _____
- ☐ Integrado num Departamento/Serviço. Qual? _____
- ☐ Em regime de *Outsourcing*
- ☐ Outro. Qual? _____

9) A instituição possui uma estrutura/instalação própria para o grupo trabalhar?

- ☐ Sim
- ☐ Não

10) Existem equipamentos (por exemplo: PC, fotocopiadora) adequados ao trabalho?

- ☐ Sim
- ☐ Não

11) Dispõem de programas informáticos específicos da gestão de risco?

- ☐ Sim, quais? _____
- ☐ Não

12) Existe uma estratégia/plano de ação datada e documentada para a gestão do risco, elaborada com base nos objetivos da organização? (A estratégia deverá especificar metas, objetivos, descrição das medidas tomadas para gerir o risco, formas de avaliar e medir os riscos, características sobre o sistema de registo de acidentes, eventos adversos, erros de medicação e quase-acidentes na organização)

- ☐ Sim

☐ Não

13) A estratégia da gestão de risco é comunicada a todo o pessoal, de forma a assegurar que todos estão cientes das suas responsabilidades relativamente à prevenção e controlo de riscos?

☐ Sim

☐ Não

13.1) Se sim, é comunicada em:

☐ Reuniões

☐ Documentos escritos e publicados para todos

☐ Outros, quais? _____

14) Existe articulação entre a gestão de risco e outras entidades/áreas:

☐ Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar

☐ Comissão de Farmácia e Terapêutica

☐ Segurança no circuito do medicamento

☐ Higiene e Segurança dos Profissionais

☐ Segurança contra incêndios

☐ Plano de catástrofe e Planos de emergência internos

☐ Gestão de reclamações, queixas e processos litigiosos

☐ Outras, quais? _____

15) Como é feita a articulação com as entidades/áreas atrás referidas:

☐ Reuniões

☐ Pareceres

☐ Participação em grupos de trabalho

16) Existe uma equipa multiprofissional de gestão do risco?

☐ Sim

☐ Não

16.1) Se sim, quanto elementos tem? _____

17) Qual é o grupo profissional de origem do responsável pela área de gestão de risco?

☐ Médico

☐ Enfermeiro

☐ Administrador Hospitalar

- ☐ Técnico Superior. Qual? _____
- ☐ Outro. Qual? _____

18) Recursos Humanos – horas atribuídas aos grupos de trabalho

	N.º Profissionais	Horas Semanais
Médicos		
Enfermeiros		
Técnicos		
Assistentes administrativos		
Outros, quais?		

19) Quem integra a equipa tem alguma formação na gestão do risco?

- ☐ Sim
- ☐ Não

19.1) Se sim, onde realizou essa formação?

19.2) É dada por quem? Quem são os formadores? _____

20) A equipa costuma reunir em média quantas vezes ao ano?

21) As reuniões da gestão de risco são documentadas?

- ☐ Sim
- ☐ Não

22) Existe articulação entre a gestão de risco com os vários serviços clínicos da unidade de saúde?

- ☐ Sim
- ☐ Não

23) Como é feita a articulação com esses serviços?

- ☐ Reuniões
- ☐ Dinamizadores locais (profissionais que são elos de ligação entre serviços e gestão de risco)
- ☐ Participação em grupos de trabalho
- ☐ Outro, qual _____

24) Em cada serviço existe um programa contínuo de identificação e avaliação do risco?

- ☐ Sim
- ☐ Não

24.1) Se sim, os resultados são documentados?

- ☐ Sim
- ☐ Não

25) Existe um sistema de relato de incidentes?

- ☐ Sim
- ☐ Não

25.1) Se sim, existe uma política e um procedimento, datados e documentados, que especificam de que forma os incidentes, eventos adversos e quase-incidentes são relatados, geridos e investigados?

- ☐ Sim
- ☐ Não

26) Qual o mecanismo de relatar incidentes?

- ☐ Através de um impresso próprio de relato de incidentes
- ☐ Informaticamente

27) O relato, em relação ao profissional, é:

- ☐ Totalmente anónimo
- ☐ Parcialmente anónimo
- ☐ Totalmente conhecido

28) São produzidos sistematicamente relatórios de resumo de todos os incidentes, eventos adversos e quase-incidentes para análise e elaboração de recomendações.

- ☐ Sim
- ☐ Não

28.1) Esses mesmos relatórios são também divulgados ao conselho de administração para análise e tomada de medidas?

- ☐ Sempre
- ☐ Às vezes
- ☐ Nunca

29) A quem compete investigar o incidente clínico?

30) É produzido anualmente um relatório de gestão do risco que abrange todos os aspectos da gestão do risco?

☐ Sim

☐ Não

31) A unidade de saúde dá formação e realiza simulações com todo o pessoal sobre o papel que deve ser desempenhado por cada um na promoção da segurança das instalações e dos cuidados prestados no sentido da disponibilidade de instalações seguras e eficazes para a prestação de cuidados aos doentes?

☐ Sim

☐ Não

32) São realizadas regularmente auditorias clínicas?

☐ Sim

☐ Não

33) Os relatórios das auditorias são discutidos em contexto de grupo de trabalho?

☐ Sim

☐ Não

34) São monitorizados indicadores de qualidade e de segurança clínicos?

☐

Sim,

quais?

☐ Não

35) Por grau de importância, ordene os seguintes factores considerados essenciais para sucesso de um programa de gestão de risco: (1º para o mais importante...5º para o menos importante. Caso preencha a hipótese de resposta "Outro", deixe em branco um dos factores enunciados)

☐ Meios financeiros

☐ Recursos humanos

☐ Instalações e equipamentos

☐ Colaboração dos profissionais

☐ Envolvimento do Conselho de Administração

☐ Outro. Qual? _____

36) Como classificaria esta unidade de saúde em termos de um ambiente de trabalho seguro para o doente?

- ☐ Excelente
- ☐ Muito Bom
- ☐ Bom
- ☐ Razoável
- ☐ Mau